DE

# L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRAPÉRITONÉALE

CONSIDÉRÉE PARTICULIÈREMENT

DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE TUBAIRE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

DE

# L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRAPÉRITONÉALE

## CONSIDÉRÉE PARTICULIÈREMENT

## DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE TUBAIRE

Anatomie pathologique — Aperçu pathogénique et tableau clinique — Traitement

PAR


Le Dr J. William BINAUD

Ancien interne lauréat (Premier interne) des hôpitaux de Paris
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux. (Médaille d'argent 1885.)







PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

DE

# L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRAPÉRITONÉALE

## CONSIDÉRÉE PARTICULIÈREMENT

## DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE TUBAIRE

### Anatomie pathologique — Aperçu pathogénique et tableau clinique — Traitement

---

### Préface.

Pendant notre année d'internat à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duplay, nous avons eu l'occasion d'observer deux malades atteintes d'hématocèle pelvienne. Notre cher et excellent maître profita de cette circonstance pour consacrer deux leçons cliniques à cette affection et en faire l'objet d'une étude complète.

Avec ces données, il nous a paru intéressant d'approfondir cette question à laquelle de nombreuses publications françaises et étrangères ont apporté, depuis quelques années, d'assez profondes modifications. Le point de départ de nos recherches remonte principalement à l'année 1886. C'est de cette époque, en effet, que datent la remarquable thèse d'agrégation de notre maître M. Maygrier (Terminaisons et Traitement de la grossesse extra-utérine) et les articles parus dans le *Dictionnaire encycl. des sc. méd.* (Hématocèle de M. Poncet, de Lyon, et Grossesse extra-utérine de M. le professeur A. Pinard.)

Depuis lors, bien des points de l'affection que nous étudions ont été éclairés et placés sous un jour tout nouveau ; cependant l'anatomie pathologique et le traitement sont encore un sujet de discussion entre les différents auteurs. Ce sont tout particulièrement ces points encore contestés de l'hématocèle pelvienne qui feront l'objet de notre travail. En ce qui concerne l'anatomie pathologique et la pathogénie, nous avons surtout tenu à en établir l'étude sur des faits précis et des observations où l'histoire anatomo-clinique était suivie de l'examen nécropsique ou de la constatation des lésions par la laparatomie. La réimpression textuelle de faits publiés déjà depuis longtemps ne reconnaît pas d'autres raisons.

Nous n'aurions pu mener à bien cette tâche sans le bienveillant concours de notre bien cher maître, M. Tuffier, à qui nous sommes heureux d'exprimer ici notre affectueuse reconnaissance et notre entier dévouement.

Notre travail comprend quatre chapitres :

1er Anatomie pathologique.

2e Aperçu pathogénique.

3e Tableau clinique.

4e Traitement.

Nous remercions les maîtres de Bordeaux et de Paris dont nous avons été le disciple. Notre reconnaissance leur est acquise pour les savants conseils qu'ils nous ont donnés et pour l'intérêt constant qu'ils nous ont témoigné :

Bordeaux : 1883-1887, hôpital Saint-André, M. le professeur A. Demons, M. le professeur Picot, M. le docteur A. Boursier ; Hôpital des enfants, MM. les docteurs Baudrimont, Th. Piéchaud, Négrier.

Paris, 1887-1892, Hôtel-Dieu, M. le Dr Dumontpallier ; Hôpital Saint-Louis, M. le professeur Alfred Fournier ; hôpital la Pitié, MM. les Drs Polaillon et Maygrier (Maternité) ; hospice des Vieillards d'Issy, M. le Dr Albert Robin ; hôpital Necker, M. le Dr Juhel Renoy ; hôpital Dubois, MM. les Drs Gilbert et Babinski ; hôpital de la Charité, M. le professeur S. Duplay et M. le Dr Schwartz.

Je ne veux point oublier non plus les Maîtres qui m'ont gracieusement offert des documents inédits, MM. Bazy, Bouilly, Nélaton et Pozzi, et je suis heureux de leur adresser ici l'expression de ma plus vive gratitude.

J'adresse de même un souvenir de reconnaissance à mes deux

chefs de clinique, MM. les Drs E. Rochard et Pierre Delbet qui ont été pour moi des maîtres et des amis.

Je remercie bien sincèrement MM. les Drs Doléris et Suchard, pour leur précieux enseignement, M. le Dr de Thornery pour le concours empressé qu'il m'a prêté dans mes traductions, et, en terminant, j'adresse l'expression de ma vive sympathie et de ma sincère affection aux chers amis de Bordeaux et de Paris qui m'ont soutenu et encouragé dans le cours de mes études.

## Anatomie pathologique.

Beaucoup des lésions que détermine l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale sont connues depuis longtemps. Ainsi, même avant l'apparition du travail de Nélaton (1), on savait que parfois on rencontre une tumeur sanguine dans la cavité du petit bassin en arrière de l'utérus. Laugier (Dict. en 30 volumes), Bourdon (Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin) (2) Velpeau (Médecine opératoire, 4e volume), en avaient fourni des exemples. En 1848, dans un travail sur les accidents déterminés par la rétention du flux menstruel, Bernutz (3) en publia une très bonne observation. Nélaton cependant mérite d'être regardé comme le premier historien de l'hématocèle pelvienne et voici ce qu'il dit sur l'anatomie pathologique de cette affection dans son Traité de pathologie chirurgicale (t. V. p. 712) :

« La tumeur dont nous parlons est constituée par un épanchement sanguin ayant pour siège le cul-de-sac du péritoine placé entre l'utérus et le rectum... Supposez ce cul-de-sac rempli par un épanchement sanguin, vous aurez une hématocèle rétro-utérine. »

Mais Nélaton faisait remarquer que, contrairement à l'état normal, ce cul-de-sac était fermé en haut par une péritonite partielle adhésive due probablement à l'irritation produite sur le péritoine, par le sang chassé hors de ses vaisseaux : le kyste peut être traversé par des cloisons pseudo-membraneuses qui, à première vue pourraient faire penser que la tumeur s'est formée dans le tissu cellulaire sous-séreux..... Enfin, chose remarquable, cet auteur signalait la possibilité dans quelques cas de lésions des annexes. « Dans quelques

(1) NÉLATON. Leçons orales faites à l'hôpital St-Louis. *Gaz. des hôp.*, fév. 1851. Leçons orales faites à l'hôpital des Cliniques. *Gaz. des hôp.*, décembre 1851-1852.

(2) BOURDON. *Revue médic.*, juill.-août-sept. 1841.

(3) BERNUTZ. *Arch. gén. de méd.*, 1848.

cas, dit-il, on trouve les trompes dilatées ; les canaux des oviductes font partie intégrante du kyste. »

C'est en 1851, dans une célèbre discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, que les altérations propres à l'hématocèle se précisèrent. Robert montra que cette affection peut être assez souvent latérale, comme le démontrait le cas de Piogey (*Bull. de la Soc. anat.*, 1850) ; d'autre part, Huguier s'efforça de démontrer qu'on peut diviser ces hématocèles en deux grandes classes : l'hématocèle intra-péritonéale et l'hématocèle extra-péritonéale.

La thèse de Prost (1) affirme ces distinctions, soutenues encore par les thèses de Cestan (2), de Robert (3) et de Fenerly (4), qui toutes ont été inspirées par Nonat.

On trouve aussi des détails intéressants dans le mémoire de Puech, dans la thèse de Voisin (5) et surtout dans le mémoire de Bernutz et Goupil (6).

Aran (7), Courty (8), Nonat (9), Gallard (10), ont fort bien étudié aussi les lésions de l'hématocèle, et à ce propos, pour mieux fixer les idées et pour montrer combien souvent nous arriverons à des résultats identiques à ceux déjà signalés par ces auteurs, nous croyons devoir reproduire ici le passage où Gallard a décrit l'anatomie pathologique de cette affection. Ainsi voici ce qu'il dit sur les hématocèles avec ou sans enkystement (11) : « Ces lésions diffèrent suivant que la malade a succombé brusquement au début de son affection, ou bien que cette dernière a duré un certain temps. Dans le premier cas, le péritoine renferme une grande quantité de sang épanché, ou bien des traces de péritonite généralisée et des adhérences lâches, unissant les intestins à la paroi abdominale. Le second cas est le plus commun.

(1) Prost. *De l'hématocèle rétro-utérine*. Th. de Paris, 1854.
(2) Cestan. *De l'hématocèle rétro-utérine*. Th. de Paris, 1854.
(3) Robert. *Des tumeurs rétro-utérines*. Th. de Paris, 1854.
(4) Fenerly. *De l'hématocèle rétro-utérine*. Th. de Paris, 1855.
(5) Voisin. Th. de Paris, 1858.
(6) Bernutz et Goupil. *Clinique médicale sur les maladies des femmes*.
(7) Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*.
(8) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus, de l'ovaire et des trompes*.
(9) Nonat. *Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes*.
(10) Gallard. Mémoire sur les hématocèles péri-utérines spontanées. *Arch. gén. de médecine*, 1860.
(11) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 1873, p. 657.

et si notre malade par exemple, qui appartient à cette dernière catégorie, venait à succomber aujourd'hui, nous trouverions très probablement les traces d'une péritonite circonscrite au petit bassin et caractérisée par des adhérences unissant les anses intestinales entre elles et aux organes pelviens. Il peut arriver dans quelques cas que ces adhérences se rompent après leur formation et donnent lieu à une hémorrhagie rapidement mortelle par suite de la production d'une péritonite généralisée. »

Plus loin, il signale même la déchirure de la trompe avec commencement d'enkystement : la cavité abdominale renfermait environ 500 grammes de sang liquide et des adhérences lâches unissaient les anses intestinales entre elles.

Un peu plus tard, en 1873, parurent en Allemagne, deux travaux importants : celui de Schrœder (1) et celui de Fritsch (2).

Le mémoire de Schrœder est particulièrement intéressant parce qu'il renferme des cas personnels et d'autres dus à Braun où il y avait rupture de la trompe, en même temps qu'adhérences anciennes limitant le cul-de-sac de Douglas. Du reste, Bernutz et Goupil avaient rès nettement déjà indiqué cette pathogénie et y avaient même consacré un chapitre important de leur traité des maladies des femmes.

Ainsi, dès 1874, on savait : 1° que l'épanchement est de quantité rès variable ; 2° qu'il ne siège pas toujours en arrière de l'utérus ; 3° qu'il n'y a pas toujours enkystement ; lorsque ce dernier manque, on admettait généralement avec Gallard (ce qui est vrai jusqu'à un certain point), que l'absence de survie de la femme en était la cause, et déjà Schrœder et Fritsch insistaient sur la nécessité d'adhérences limitant le cul-de-sac de Douglas ; 4° bien que l'on ait méconnu la plupart du temps la cause véritable de ces hémorrhagies (c'est-à-dire de la rupture de la trompe), cependant, un certain nombre d'auteurs, principalement Bernutz et Schrœder l'avaient signalée très nettement et on possédait déjà un assez grand nombre de cas où

(1) SCHRŒDER. Pathogénie des hématocèles rétro-utérines et anté-utérines. *Arch. für Gynækol.*, t. V, Berlin, 1873.

(2) FRITSCH. Hématocèle rétro-utérine. *Lassernburg Klinischer*, von RICH. VOLKMANN. Leipzig, 1873.

l'on avait trouvé des débris fœtaux; 5° enfin depuis longtemps déjà, on connaissait la distinction entre l'hématocèle intra et extra-péritonéale.

Comme on le voit, les travaux les plus récents n'ont fait que préciser ces notions déjà fort complètes; ils ont montré la fréquence relative des différentes causes de l'hématocèle, mis en première ligne la grossesse tubaire et démontré que l'enkystement dépend de l'état du péritoine, de son intégrité et de l'existence antérieure d'adhérences.

A. Poncet, dans sa thèse d'agrégation de 1878, a fort bien résumé une bonne partie des progrès accomplis, bien qu'il ait forcément, à cause de la date d'apparition de son travail, négligé un peu la grossesse tubaire : il a d'abord fait des expériences fort intéressantes sous la direction de François Franck, du Collège de France, qui ont confirmé les expériences antérieures de Vulpian et de Laborde. Ces recherches ont démontré d'une façon très nette que du sang introduit même en très grande quantité dans le péritoine d'animaux sains se résorbait avec une très grande rapidité.

Des travaux semblables entrepris en Allemagne sont venus démontrer en tous points la justesse de ces assertions; par conséquent, si chez la femme les tumeurs enkystées ne se résorbent pas, c'est que le péritoine est malade. Poncet a donné une analyse intéressante d'un assez grand nombre de cas d'hématocèles anté-utérines, du cas de Chassaignac (1), de celui de Schrœder (2), de Pinard (3), etc.

Dans le cas de Schrœder, il n'y avait pas d'encapsulement en haut; au milieu du sang liquide et coagulé plongeait la trompe droite rompue; au centre de la masse, on découvrait un œuf et un fœtus bien conservés : le cul-de-sac de Douglas était complètement fermé en haut par des adhérences anciennes. Rappelons à ce sujet que Schrœder admet que, pour qu'il y ait hématocèle anté-utérine, il faut que la matrice soit déviée en arrière et retenue dans cette position par des adhérences.

Poncet est à peu près de même avis. « En thèse générale, dit-il, les épanchements sanguins anté-utérins sont consécutifs à un cloi-

(1) CHASSAIGNAC. *Traité de la suppuration*, t. II, p. 463.
(2) SCHRŒDER. *Wiener med. Wochenschrift*, 1872, nos 22 et 23
(3) SERRES. Thèse de Paris, 1785.

sonnement ancien du cul-de-sac postérieur. Des accidents de pelvi-péritonite ont à un moment donné provoqué la formation d'adhérences entre les deux feuillets qui limitent en avant et en arrière la cavité de Douglas. »

Poncet insiste beaucoup aussi, comme Schrœder et Fritsch, sur la nécessité d'adhérences anciennes pour limiter l'épanchement, c'est-à-dire pour donner une tumeur enkystée. Revenant sur les travaux de M. de Sinéty, il montre que les néo-membranes constituent une espèce de pont entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum et limitent ainsi un espace tout préparé pour recevoir le sang épanché et donner lieu à l'apparition subite d'une tumeur rétro-utérine : mais il admet aussi (et cela semble vrai d'après quelques-unes de nos observations) que même en dehors de ces adhérences l'enkystement peut se produire à la longue par adhérence des anses intestinales entre elles et avec les parois abdominales : dans ces conditions l'épanchement n'a plus ses caractères classiques : la tumeur remonte très haut, gagne les fosses iliaques et la région lombaire, dépasse parfois l'ombilic et d'autre part il n'y a qu'une très petite quantité de sang dans le Douglas si le rectum est dilaté. La tumeur est donc supra-utérine et non rétro-utérine.

Dans les cas où il y a enkystement, les parois sont d'abord constituées par des fausses membranes comme l'avaient vu Nélaton, Nonat, etc. Mais bientôt il se forme une membrane conjonctive, d'abord très mince, qui limite en haut l'épanchement. Nonat à ce sujet fait une remarque très importante : il a montré que cette pellicule mince, semblable à une séreuse, devait bien souvent en avoir imposé pour un repli du feuillet péritonéal et avoir fait croire à tort à l'existence d'une hématocèle extra-péritonéale. Ainsi s'expliquent les idées erronées de Vignès (1), de Bilinski, etc. La cavité du kyste est fréquemment cloisonnée : parfois on trouve deux poches distinctes : le sang contenu dans cette poche est tantôt liquide et très fluide (Nonat), tantôt épais, opaque, poisseux, de consistance sirupeuse ou bien plus ou moins entièrement coagulé ; dans ces cas la tumeur pourrait en imposer pour un fibrome comme dans l'observation de Gosselin.

Poncet a signalé aussi la possibilité d'une péritonite concomitante :

(1) VIGUÈS. *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme.* Th. de Paris, 1858.

bien qu'il n'ait point entrevu la prédominance des ruptures de la trompe comme élément pathogénique, il insiste beaucoup déjà sur les lésions des annexes. « Les annexes sont toujours plus ou moins altérées; fréquemment le canal de l'oviducte est oblitéré, le pavillon froncé, parfois la trompe fait partie de la tumeur et présente des dilatations kystiques remplies de sang altéré. »

Telle était donc l'état de la question jusqu'en 1886, c'est-à-dire de l'apparition du mémoire de Lawson Tait. Nous avons cru devoir insister sur cet historique par ce qu'il nous permettra de nous débarrasser sommairement de la description des grosses lésions macroscopiques auxquelles il n'y avait rien de nouveau à ajouter et qu'avaient parfaitement entrevues les auteurs anciens. Cependant nous croyons devoir donner l'anatomie pathologique macroscopique, telle qu'elle est résumée dans le traité de gynécologie de Pozzi :

La tumeur siège ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas qui est le point le plus déclive du bassin ; de là le nom d'hématocèle rétro-utérine qu'avait choisi Nélaton. Cependant il peut arriver que ce cul-de-sac ait été oblitéré par un travail plastique antérieur. Alors c'est en avant, entre la vessie et l'utérus, que le sang s'amasse sous l'influence de la pesanteur. Au début le sang est liquide et forme une sorte de lac qui peut se déplacer, car il est rare que des fausses membranes préexistantes constituent d'emblée une poche. Rapidement l'enkystement s'achève et alors la poche est séparée de toutes parts de la masse intestinale. Il peut être difficile par la suite de distinguer la voûte néo-membraneuse d'un soulèvement de la séreuse et de différencier une hématocèle intra-péritonéale d'une hématocèle extra-péritonéale. Dans ce dernier cas, toutefois, la tumeur est plus latérale, car c'est surtout le ligament large qui a été dédoublé. La poche adhère en avant à la paroi postérieure de l'utérus qui est refoulé vers la symphyse. Elle a une couleur noirâtre.

Les ovaires et les trompes sont plus ou moins méconnaissables et confondus avec les parois de la tumeur... Quand on l'ouvre, on trouve un vaste foyer où le sang est coagulé ou demi-liquide, sirupeux selon l'ancienneté de la lésion.

La couleur est noire, ressemblant à celle du raisiné. A la partie la plus externe on trouve quelquefois des couches de fibrine déjà décolorées et blanchâtres. Les parois de la poche sont épaisses en certains points, très minces en d'au-

tres, où une rupture paraît imminente. Le rectum est comprimé et dévié..... le volume de la tumeur varie. Il peut atteindre celui de l'utérus à terme. Si elle persiste longtemps il peut y avoir lésions rénales comme dans les autres tumeurs de l'abdomen. On a observé souvent la suppuration. D'autres fois on a trouvé à l'autopsie des signes d'une tentative de guérison spontanée, la résorption du liquide et la rétraction de la poche remplie d'une néoplasie conjonctive colorée par le pigment sanguin.

1° **Présence ou absence de débris fœtaux.** — Nous avons cru devoir nous appesantir sur deux points qui nous paraissent d'une importance capitale, à savoir l'existence des débris fœtaux, et la présence ou l'absence d'enkystement de l'épanchement sanguin. Une des premières questions que nous avons cherché à élucider dans nos recherches sur l'anatomie pathologique de l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale c'est la présence ou l'absence des débris fœtaux. On sait, en effet, que tous les auteurs, même à l'heure actuelle, ne sont point toujours d'accord sur le mode de production des lésions. Pour résoudre la difficulté nous avons fait un relevé soigneux à ce point de vue dans toutes les observations que nous avons résumées, et nous avons noté des détails ayant trait à l'existence d'un fœtus, d'un placenta ou au moins des villosités choriales.

Voici maintenant quelques résultats statistiques auxquels nous sommes arrivés ; ils démontreront certainement la grande fréquence des grossesses tubaires.

Dans l'observation III de Hancks, il existait un œuf de 3 semaines avec rupture de l'extrémité tubaire du côté du pavillon. Dans l'observation IV due à Dudley, la trompe gauche était rompue et au milieu des caillots se trouvaient un fœtus et un placenta. Dans l'observation V (Hancks) il n'y avait il est vrai, ni fœtus ni placenta, mais la trompe droite était rompue et présentait des villosités choriales ne laissant aucun doute sur l'existence de la grossesse tubaire.

Dans l'observation VI (Tuttle) on ne trouva plus de placenta ni de fœtus, mais on découvrit dans la trompe droite rompue des villosités choriales. Dans l'observation VII due également à Tuttle, nous avons relevé les mêmes détails.

Dans l'observation VIII (Tuttle) la trompe droite rompue portait des cotylédons placentaires.

Dans l'observation IX (Parsons) la trompe droite était rompue largement et contenait un fœtus de 3/4 de pouce de longueur.

Dans l'observation X il y avait rupture de la trompe droite et on retrouva un fœtus à droite. Dans l'observation XI (Gill Wylie) le fœtus était beaucoup plus gros : il avait environ quatre mois.

Dans l'observation XII (Doléris), intéressante par la coexistence de fibro-myôme avec la grossesse tubaire, il n'y avait point de fœtus mais des villosités choriales. Mêmes choses dans l'observation XIII (Orthmann). Dans l'observation XIV (Desguin) il existait un fœtus de quatre mois. Dans l'observation XV (Hamilton) il y avait un fœtus de deux centimètres et demi et un petit placenta. Dans l'observation XVI (Hamilton) pas de fœtus, mais un placenta. Dans l'observation XVII (L. Tait), déchirure de la trompe droite et fœtus de quatre semaines. Dans l'observation XVIII (L. Tait) fœtus de dix à douze semaines et placenta. Dans l'observation XIX (Edis) rupture de la trompe gauche avec fœtus et placenta : il existait en même temps un petit kyste ovarique au-dessus du sac fœtal.

Dans l'observation XX (Thornbey Stoker) il y avait rupture de la trompe gauche, pas de fœtus, mais un placenta. Le kyste fœtal s'était formé tout près des franges du pavillon. Dans l'observation XXI (Granville Bantock) — rupture de la trompe gauche : le fœtus se trouvait en avant de l'utérus. Dans l'observation XXII (W. Gardner) il y avait un fœtus au milieu des caillots qui remplissaient le bassin. Dans l'observation XXIII (S. C. Gordon) où la grossesse tubaire avait été diagnostiquée avant la rupture on trouva l'œuf au milieu des caillots. Dans l'observation XXIV (Aug. Wiborgh) il y avait un fœtus de quatre mois avec cordon et placenta et la trompe droite était rompue. Dans l'observation XXV (H. Vaquez) il existait un fœtus de deux mois. Dans l'observation XXVI (Gordon) la grossesse tubaire avait été diagnostiquée avant la rupture. On retrouva au milieu des caillots un fœtus de trois pouces. Dans l'observation XXVII (Duchamp) la trompe gauche était rompue et l'on retrouva au milieu des caillots un œuf de deux centimètres. Dans l'observation XXVIII (Bazy) il y avait rupture de la trompe gauche et on retrouva un fœtus de deux mois avec allantoïde, villosités choriales et cordon.

Dans l'observation XXIX (Frommel) les débris de l'œuf ne sont pas mentionnés, mais la forme de la trompe et sa déchirure font présager une grossesse tubaire. Dans l'observation XXX (L. Tait) il n'y avait pas de fœtus, mais un placenta.

Dans l'observation XXXI (Martin Durr), on constate à l'autopsie la rupture d'une trompe du côté droit et on retrouve au milieu des caillots un fœtus de 140 grammes. Dans l'observation XXXII (L. Meyer) le fœtus trouvé au milieu des caillots était encore vivant. Dans l'observation XXXIII (W. D. Hamilton) on retrouva dans la trompe rompue (gauche) un embryon long d'un pouce et quart et du tissu placentaire. Dans un second cas (obs. XXXIV) on ne retrouva pas de fœtus, mais il existait très nettement un placenta dans la trompe rompue. Dans l'observation XXXVI (Bland Sutton) on trouva près de la trompe rompue un œuf apoplectique. Dans l'observation XXXVII (Siegenbech van Heukclam) il y avait un œuf dans la trompe. Dans l'observation XXXVIII (Morison), non seulement il existait un fœtus mais encore un placenta en voie de formation. Dans l'observation XXXIX (J. Zucker) on découvrit au milieu des caillots un petit œuf apoplectique.

Dans l'observation XL (Lawson Tait) il n'y avait pas de fœtus mais on découvrit un placenta. Dans l'observation XLI (Charles Leroux) bien qu'on n'ait pas observé de rupture de la trompe on retrouva au milieu des caillots un fœtus avec son cordon et son placenta. Dans l'observation XLII (Duguet) on reconnut la présence au milieu des cail-de trois mois avec cordon et placenta... La trompe gauche était rompue. Dans l'observation XLIII (H. Brodier) il y avait rupture de la trompe droite et on constata la présence d'un fœtus de neuf centimètres avec le placenta. Dans l'observation XLIV (Mac Murtry) on constata la rupture de la trompe droite et la présence d'un embryon. Dans l'observation XLV (L. Tait) le fœtus était dans la fosse iliaque droite à côté de la trompe rompue. Dans l'observation XLVII (Meinert) on retrouva un fœtus de neuf centimètres avec placenta au milieu des caillots, rupture de la trompe droite. Dans l'observation XLVIII (Reynier) il y avait un fœtus. Dans l'observation L (Alban Doran) on trouva un œuf apoplectique.

Nous croyons inutile de pousser plus loin cette énumération qui nous paraît suffisante pour montrer la présence fréquente du fœtus ou de ses annexes. Dans bien des cas, il est vrai, les auteurs sont restés muets sur ce point important : nous ajouterons que l'examen histologique de la trompe a été rarement fait avec toute la minutie nécessaire, et même certains auteurs allemands, faute d'avoir pris ces précautions, ont eu le désagrément de voir rectifier leur diagnostic anatomique par d'autres. Tel a été le cas de Ruge que nous

rapportons plus loin. Cependant, dans un addenda nous avons cru devoir rapporter un examen de Walther, relatif à la présence des villosités choriales et où, malgré le soin apporté à cette recherche, l'existence de celle-ci est restée douteuse (1).

**Enkystement ou non enkystement.** — Il nous fallait résoudre aussi une question qui a pour le traitement une importance capitale : la fréquence de l'enkystement ou du non enkystement.

Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit de 1850 à 1870, on croirait volontiers que l'enkystement est presque un fait habituel ; d'autre part Lawson Tait, Schrœder, Auguste Martin, Veit, ont au contraire de la tendance à regarder l'épanchement non enkysté comme se rencontrant dans la majorité des cas. Nous avions essayé de dresser avec nos observations un tableau statistique, mais nous avons dû y renoncer, car les résultats n'étaient vraiment pas assez concluants. En effet, beaucoup des auteurs dont nous rapportons les cas se sont contentés de dire qu'il y avait beaucoup de caillots sanguins sans se préoccuper de savoir s'il y avait enkystement ou du moins tendance à ce processus. Ce qu'on peut dire, cependant, c'est que les hématocèles volumineuses sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici. Cela s'explique facilement : en effet les cas de ruptures de la trompe étant beaucoup mieux connus du grand public médical, le chirurgien est beaucoup plus souvent appelé qu'auparavant à intervenir dans ces formes foudroyantes que l'on aurait rangées auparavant dans les cas de morts subites sans cause déterminée (voir notes).

On peut dire aussi que, devenu plus hardi grâce aux perfectionnements de la chirurgie abdominale, le praticien familiarisé avec ce genre d'opération intervient beaucoup plus tôt que dans les temps passés. Or il est très possible qu'en attendant quelques jours, l'épanchement, s'il ne récidive pas, puisse se résorber en partie : cela est prouvé absolument pour le péritoine sain, et cette résorption, au moins partielle, nous paraît encore possible même si la séreuse abdominale est malade. D'ailleurs, J. Veit a fort bien exposé les raisons qui font que l'hémorrhagie n'a pas de tendance à s'arrêter : il a constaté chez plusieurs de ses malades que le sang

(1) H. Walther. *Zur Casuistik der Hæmatosalpinx*. Inaug. Dissertation. Giessen, 1890.

continuait à couler pendant deux jours et plus sans interruption. C'est qu'en effet ce liquide n'a guère tendance à se coaguler, et, si le fait se produit, le phénomène s'effectue bien loin du vaisseau rompu, dans un cul-de-sac isolé de la grande séreuse abdominale où le repos a laissé un caillot se former. Au niveau de la rupture vasculaire ce repos n'existe nullement puisque le sang peut toujours trouver dans la vaste cavité abdominale un endroit à envahir, contrairement à ce qui a lieu pour un épanchement qui se produirait dans les mailles du tissu cellulaire ou dans une bourse séreuse. L'abdomen, même chez une vierge, se laisse très facilement surdistendre ainsi que le prouvent surabondamment les énormes dilatations dont est susceptible, même chez elles, le réservoir stomacal. On a parlé de pression abdominale en interprétant mal certaines expériences physiologiques ; mais cette pression ne serait qu'intermittente, c'est-à-dire totalement insuffisante, puisque la manométrie ne décèle cette augmentation de pression, du reste légère, que pendant l'expiration et puisque, pendant l'inspiration, il y a une forte diminution. Le sang qui sépanche librement dans la cavité abdominale ne rencontre donc jamais cette pression qui dans un autre endroit (mailles du tissu cellulaire) le forcerait bientôt à rester dans l'intérieur des vaisseaux. — D'autre part, les expériences de Laborde, de Poncet, de Veit, ont demontré très explicitement que le sang qui s'épanche dans un péritoine dont l'endothélium est demeuré intact, reste liquide, ce qui est une condition très défavorable pour la cessation de l'hémorrhagie. Lawson Tait rappelle à ce propos que la nature essaie d'arrêter la perte de sang par des syncopes, mais il fait remarquer que celles-ci ne sont pas assez prolongées pour être vraiment efficaces ; et d'ailleurs l'entourage de la malade et le médecin lui-même combattent ces syncopes par tous les moyens. Aussi Veit dans son travail croit que lorsqu'il n'existe pas d'adhérences antérieures le sang reste libre dans la cavité abdominale et n'a pas de tendance à s'enkyster. Par conséquent il n'y a point lieu d'être surpris de voir que dans un grand nombre des observations rapportées plus loin, l'épanchement du sang a été très considérable et les phénomènes déterminés par sa présence si alarmants qu'il a fallu opérer quelques heures après l'accident : lorsque cette mesure n'a point été prise la malade a succombé ; le fait suivant rapporté par Lawson Tait en est un bel exemple :

Le 2 novembre 1887, à 1 heure 1/2 après midi, Mme X... était saisie de douleurs violentes dans l'abdomen, suivies de vomissements et de faiblesse. Le Dr Guthrie Rankin fut appelé et prescrivit une préparation opiacée, mais il survint du collapsus et la mort à 9 heures du soir.

A l'autopsie, on trouva l'abdomen rempli de caillots sanguins, dont la quantité totale fut estimée à 2000 ou 2400 gr. La trompe gauche présentait une tumeur ovoïde, déchirée et remplie de caillots, et qui à l'examen attentif se trouva être une grossesse tubaire .»

Bien que nous n'ayons pu dresser un tableau statistique à cause des raisons invoquées plus haut, nous croyons cependant devoir signaler un certain nombre de nos observations dans lesquelles l'enkystement tantôt s'est produit, tantôt a fait défaut. Dans l'observation I, la poche était très considérable puisqu'elle remontait presque à l'ombilic, et descendait dans le cul-de-sac de Douglas ; cependant, il y avait tendance à l'enkystement. Dans l'observation II, il y avait deux poches, l'une en avant de l'utérus et l'autre en avant de la vessie. Dans l'observation IV, on retrouvait une poche : il est vrai que l'épanchement datait de quatre semaines. Dans l'observation VI, l'épanchement sanguin volumineux était limité par des fausses membranes déterminées par une pelvi-péritonite concomitante. Dans l'observation XV, on trouva dans la fosse iliaque une poche du volume des deux poings. Dans l'observation XVI, où l'hématocèle semble assez ancienne, la poche était de la grosseur d'une orange. Dans l'observation XVIII, la poche était remplie de caillots très durs et on avait cru à l'existence d'un fibro-myôme.

Dans l'observation XXVIII, il y avait surtout du pyosalpinx : l'épanchement peu abondant semblait limité. Dans l'observation XXX, les adhérences commençaient à se former. Dans l'observation XXXV, la tumeur enkystée était grosse comme l'utérus normal. Dans l'observation XLI, l'épanchement sanguin était énorme et il occupait en bas le cul-de-sac de Douglas, et remontait en haut jusqu'à l'ombilic, où il était limité nettement par les adhérences intestinales. Dans l'observation XLII, où l'on retrouva dans l'abdomen plus d'un litre de sang, la tendance à l'enkystement existait, mais faiblement ; il y avait à la partie supérieure quelques fausses membranes soudant les anses intestinales. Dans l'observation XLIII, la marche vers l'enkystement était au contraire très prononcée malgré le gros volume de la

tumeur qui siégeait à droite. Dans l'observation XLV, il existait une pelvi-péritonite adhésive avec tumeur dans la fosse iliaque droite où, se trouvait le fœtus. Dans l'observation XLVII, la laparotomie fit constater une hématocèle ancienne enkystée qui s'était rompue dans le péritoine, et, à ce propos, nous croyons devoir insister sur cet accident dont les auteurs ont rapporté plusieurs exemples.

Dans l'observation XLVIII, la tumeur très volumineuse était cependant enkystée ; elle était limitée en avant par le ligament large et en haut par les intestins. Comme on le voit, l'enkystement est loin d'être une rareté et les auteurs français n'ont pas eu tort d'en signaler la fréquence ; mais cette éventualité ne modifie en rien ce que nous avons dit au sujet de la fréquence des grandes hématocèles qui ne se limitent point et restent libres dans la cavité abdominale. Dans tous les cas que nous venons de rapporter l'acuité de l'hémorrhagie semble avoir été moyenne ou même légère et d'autre part l'opérateur n'est pas intervenu avant une ou deux semaines.

Les faits que nous allons signaler maintenant sont la contre-partie de ceux que nous venons de rapporter. Dans les observations III, VIII, X, l'hématocèle était énorme sans enkystement, et comme les phénomènes ne faisaient qu'empirer il fallut opérer peu après le début des accidents.

Dans l'observation X les symptômes par suite de paroxysmes successifs devinrent si graves qu'il fallut pratiquer la laparotomie : on trouva le bas-ventre rempli de caillots. Dans les cas XI, XII, XIII, XIV, XVII, XIX, l'épanchement sanguin s'est comporté comme dans les cas III, VIII, IX. Dans l'observation XX où l'on fut du reste obligé d'intervenir d'une façon très précoce, l'épanchement de sang très considérable est à la fois intra et extra-péritonéal. Dans l'observation XXI la laparotomie faite 4 jours après le début des accidents fit découvrir une énorme quantité de sang qui remplissait toute la partie inférieure du ventre. Pas d'enkystement non plus et hématocèles volumineuses dans les observations XXII, XXIII, XXIV.

L'observation XXV est remarquable par l'ancienneté relative des accidents et la très grande quantité de sang que l'on retrouva dans l'abdomen. La laparotomie n'ayant pas été tentée, la femme mourut d'épuisement. Pas d'enkystement non plus dans l'observation XXVI. Les observations XXVII et XXXI sont remarquables par l'abondance de l'hémorrhagie, ce qui nécessita une intervention très rapide. Dans l'observation XXXII l'hémorrhagie se fit par poussées suc-

cessives et on trouva une très grande quantité de caillots dans l'abdomen. De même dans les observations XXXIII et XXXIV.

Dans l'observation XL, l'abdomen est littéralement rempli de sang.

Dans l'observation XLVI bien que les accidents datent de plus d'une semaine, pas d'enkystement non plus; l'abdomen était rempli de sérum et de caillots. Ces cas, nous pourrions les multiplier outre mesure; mais pour éviter des longueurs nous nous contenterons de dire que ce n'est point à tort que Lawson Tait, Veit, Schrœder, Pozzi, etc., ont insisté sur ces grands épanchements sanguins, à formation instantanée ou progressive. Ils sont malheureusement plus fréquents qu'on ne serait tenté de le penser. Quel est l'état du ventre dans ces hématocèles qui méritent si bien le nom de cataclysmiques que Barnes leur a imposé ?

La cavité abdominale est remplie d'une énorme quantité de sang liquide ou ayant déjà subi un commencement de coagulation. Les anses intestinales sont refoulées et écartées les unes des autres. Tantôt l'épanchement est surtout confiné dans le bas-ventre, tantôt au contraire il remonte jusqu'à l'ombilic et, dans plusieurs observations, il le dépassait et s'infiltrait jusque sous le diaphragme. La péritonite n'a été signalée que dans un certain nombre de cas; d'ailleurs il faut faire remarquer tout d'abord que le sang par lui-même n'est pas irritant et se résorbe facilement et que d'autre part ces hématocèles cataclysmiques évoluent avec une rapidité qu'explique aisément l'énormité de la perte de sang subie par les malades; quelques observations feront mieux comprendre ce qui se produit en pareille circonstance.

Insistons maintenant sur une autre particularité tout aussi intéressante que les premières, c'est-à-dire sur l'état des annexes. Non seulement elles donnent une explication satisfaisante de la pathogénie des accidents, mais encore elles expliquent pourquoi il est véritablement avantageux d'imiter la pratique de Lawson Tait, c'est-à-dire de faire l'ablation de la trompe et des ovaires du côté malade. Une observation personnelle montre que la clinique confirme ces craintes que faisait concevoir l'anatomie pathologique. Chez notre malade il se produisit, en effet, à la longue, une salpingite purulente qui nécessitera certainement la laparotomie.

Une des trompes est d'abord rompue, c'est-à-dire qu'elle est devenue inutile au point de vue de son fonctionnement normal, mais par

contre elle se trouve par cela même dans un état morbide qui ne peut que favoriser des altérations pathologiques ultérieures.

État des annexes. — 1° *Rupture de la trompe.* — Cette rupture peut siéger dans des endroits très différents; pour simplifier, on peut admettre qu'elle peut se produire au tiers externe, au tiers interne, ou bien à la partie moyenne de la trompe. Une autre considération de la plus haute importance est la situation de cette déchirure au niveau de la partie supérieure ou de la partie inférieure du canal tubaire; il ne faut pas oublier en effet que la trompe est dans sa moitié inférieure enfouie en quelque sorte dans le ligament large; une rupture en cet endroit produirait non pas une hématocèle pelvienne intra-péritoniale, mais ce qu'en France on appelle hématocèle extra-péritonéale et en Allemagne hématome (1).

Ordinairement unique, la déchirure peut être quelquefois multiple, la trompe présente en arrière plusieurs éraillures qui ne sont pas toutes de même date; ce sont des déchirures véritables, irrégulières, allongées pour la plupart de haut en bas... les lèvres de cette déchirure laissent voir un tissu charnu, très vasculaire, faisant pour ainsi dire effort pour s'échapper par ces ouvertures (voir observation XLII).

Son étendue et sa direction sont variables. Quelquefois, on a constaté une déchirure très irrégulière et en quelque sorte rayonnée.

Dans quelques cas, exceptionnels du reste, où l'on a constaté l'existence de débris fœtaux, il n'existait point de déchirure du côté de la trompe (voir observation XIII). Il s'agissait très propablement dans ce cas de grossesse tubo-abdominale, et en effet, on a retrouvé des villosités choriales au niveau du pavillon.

2° *État de la trompe.* — Un premier fait des plus intéressants à noter, c'est la grande fréquence de l'unilatéralité des lésions. Dans beaucoup d'observations, les annexes qui ne sont pas le siège du kyste fœtal ont l'apparence saine, ou du moins, les lésions qu'elles présentent sont beaucoup moins avancées; dans certains cas, tout le ligament large du côté sain contraste par son peu de vascularité avec celui du côté opposé.

La trompe malade est pleine de sang liquide ou coagulé; on trouve

(1) Communication de Veit. Voir notes.

même assez souvent un caillot, plus résistant et plus volumineux que les autres, accolé par des adhérences assez solides, aux parois de la trompe ; une pareille adhérence serait pour certains auteurs un signe de grossesse tubaire. Fait important, sa forme est très souvent caractéristique ; on voit en effet la trompe se renfler tout d'un coup sous la forme d'un kyste, qui tantôt renferme l'œuf et tantôt ne contient que le placenta ou les villosités choriales. Ce placenta est souvent hernié à travers les lèvres de la déchirure.

Nous n'insisterons pas du reste sur ces débris fœtaux auxquels nous avons déjà consacré un long paragraphe. Au delà du kyste, la trompe peut être saine du moins en apparence ; en deçà, cette intégrité du canal tubaire est encore plus fréquente pour le tiers interne et c'est là une particularité que M. Tuffier a souvent observée et sur laquelle il a attiré notre attention.

Dans plusieurs cas, et notamment dans l'observation XLII, de gros vaisseaux parcourent sa surface.

La trompe peut, dans certains cas, être dilatée d'une façon uniforme, et on l'a comparée à une sorte de boudin. Sa direction normale peut être totalement intervertie et présente des particularités tout à fait étranges : ainsi dans une de nos observations la trompe droite contournée sur la face postérieure de l'utérus, venait se souder à la moitié droite du rectum. Au lieu d'être libre dans la cavité abdominale, la trompe malade peut être masquée en grande partie par des néo-membranes qui en rendent la recherche parfois assez difficile et qui jouent un grand rôle dans l'enkystement précoce de l'épanchement sanguin.

Les orifices sont tantôt perméables, tantôt fermés. Dans l'observation de Doléris, l'extrémité interne du canal tubaire était comprimée par un petit fibrome ; dans l'observation XXXVIII de Vaquez, il y avait un rétrécissement considérable de la trompe près de l'utérus d'un centimètre d'étendue et produit par une bande fibreuse allant du bord supérieur de l'ovaire au bord supérieur du point rétréci de cette trompe.

Sur une coupe, tantôt la trompe n'apparaît malade qu'au niveau du kyste fœtal, c'est-à-dire sur un point limité, tantôt et plus souvent, comme le fait remarquer Pozzi, il y a des traces de salpingite plus ou moins accusées. Les ovaires tantôt apparents, tantôt profondément cachés par les fausses membranes adhérentes ont un aspect des

plus variables; tantôt normaux, tantôt kystiques, ils présentent souvent à la coupe des corps jaunes des plus nets; l'utérus peut être augmenté de volume, sa cavité agrandie, ses parois plus molles, sa muqueuse boursouflée: mais ces lésions ont déjà été si bien décrites par les auteurs, que nous ne croyons pas devoir insister. Il est intéressant de signaler ici la possibilité d'une grossesse tubaire récidivante. A la séance du 10 mai 1878 de la Société obs. et gynéc. de Berlin, Veit a présenté une trompe gravide provenant d'une malade à qui il avait fait une ablation d'annexes pour la même cause, et à ce propos, il fit remarquer que sur douze cas de grossesse extra-utérine tubaire, il avait observé trois fois la récidive du côté opposé.

Quant à l'étude histologique des lésions, nous nous bornerons ici à reproduire une note inédite qu'a bien voulu nous remettre notre excellent ami et distingué collègue, le Dr Al. Pilliet, préparateur au Laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris, et à qui nous sommes heureux d'exprimer ici toute notre gratitude.

Pour nous rendre compte des détails histologiques qu'on observe au niveau de la paroi d'une hémato-salpingite consécutive à la grossesse tubaire, il faut rappeler brièvement les détails de la placentation normale.

Les villosités choriales, tapissées d'un épithélium d'origine ectodermique forment un tout, l'ectoplacenta, alimenté par le sang du fœtus. ces villosités se multiplient en se ramifiant et pénètrent comme des vrilles la muqueuse utérine en détruisant l'épithélium.

Elles arrivent ainsi au contact des lacs sanguins qui se sont développés depuis le début de la grossesse sous cet épithélium et les pénètrent, les remplissent, en même temps que leur revêtement se multiplie et prend l'aspect de grandes cellules soudées à noyaux multiples.

Quand le placenta se détache, les lacs béants sont privés de sang par la phlébite oblitérante des sinus qui les alimentaient dans la grossesse tubaire, le placenta reste le plus souvent en place ; il est peu développé, souvent noyé par des hémorrhagies, en sorte qu'on observe seulement le reliquat des phénomènes que nous venons d'indiquer. Il en résulte une série d'aspects qu'il convient d'étudier séparément sur les villosités, sur la muqueuse et sur la musculeuse de la trompe.

Les premiers détails de la placentation paraissent être les mêmes que dans l'utérus. On ne retrouve plus, en effet, de plis de la muqueuse ni d'épithélium au niveau de la greffe, mais seulement un caillot adhérent qui représente la couche des lacs sanguins maternels, fusionnés par la disparition des villosités qui les oblitéraient.

Le nombre des villosités placentaires restées en place dans la partie de ce caillot la plus éloignée de la paroi tubaire varie beaucoup, suivant l'âge de la grossesse. Quand il existe encore un fœtus, il est en général petit, l'observation de Gallard en donne un type remarquable. Il est relié au placenta par son cordon ; la cavité amniotique est développée, le placenta, quoique très réduit est encore reconnaissable dans sa forme et les villosités sont très nombreuses, quoique en voie de transformation fibreuse.

Quand le fœtus a disparu, la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée, à parois lisses, occupant le centre d'un caillot très volumineux, qu'il faut sectionner méthodiquement pour la trouver. C'est qu'alors les ramifications des villosités ont disparu, que leur transformation fibreuse est très avancée et que les lacs sanguins débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient ont donné lieu, chacun à leur tour, à des hémorrhagies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe.

A ce degré, les villosités sont entièrement fibreuses ou myxomateuses, les cellules à noyaux multiples du placenta ne leur forment plus un revêtement partout continu, elles sont groupées par ilots, et les noyaux deviennent de moins en moins abondants dans leur protoplasma.

Les bourgeonnements latéraux des villosités, si abondants dans le placenta normal, ont en grande partie disparu. Chaque villosité est entourée de globules rouges reconnaissables, signe d'un épanchement récent. Au contraire, le reste du caillot est composé de strates feutrées de fibrine à différents états d'organisation, ce qui montre que les hémorrhagies se sont faites par poussées successives et que chacune d'elles a dû dilacérer les couches de caillots plus anciens.

La muqueuse n'existe plus, la musculeuse très vasculaire est amincie par la distension de la trompe. Il en résulte donc au niveau

de la greffe placentaire un amincissement considérable de la paroi qui est exposée à se rompre plus que dans toute autre affection de la trompe.

Si l'on observe un caillot d'hémato-salpingite à un état plus avancé, quand il n'existe même plus de cavité amniotique, les lésions sont naturellement plus avancées, mais de même nature. Les villosités sont de plus en plus rares, de plus en plus difficiles à retrouver dans le caillot; celui-ci subit au voisinage de la paroi un commencement de régression que caractérise l'infiltration du tissu conjonctif intermusculaire et superficiel par un grand nombre de cellules migratrices chargées de débris d'hémoglobine et de pigment sanguin.

Enfin, on peut trouver comme reliquat de grossesse tubaire un mince caillot pariétal adhérent, ne contenant plus de villosités et dont l'origine ne pourra être soupçonnée que pour deux raisons : dénudation de la muqueuse à son niveau et présence de ces cellules migratrices pigmentées dont nous venons de parler.

Tel est le résumé que l'on peut donner des lésions histologiques de la grossesse tubaire dans la trompe. On voit qu'elles peuvent être assez délicates à retrouver, qu'elles ont dû être souvent méconnues et que sans nier la possibilité de toute placentation sur le péritoine, il ne faut pas non plus l'affirmer en l'absence d'un examen histologique détaillé des trompes. »

On trouvera aux notes annexées à ce travail, les conclusions de Orthman (Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten). *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, XX, 1891, de Klein (Zur Anatomie der Schwangeren Tube). *Zeitsch. für Geb. und Gyn.* (XX). 1. et de Keller (Zur Diagnose der Tubengravididät). *Zeitschr. für geb. und gyn.*, XIXI, 1891.

## Aperçu pathogénique.

La pathogénie de l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale est tout autrement comprise aujourd'hui que du temps de Nélaton, Huguier, Nonat, Bernutz et même qu'au moment de l'apparition de la thèse d'agrégation de Poncet (1878). Une cause qu'on connaissait, il est vrai, depuis les travaux de Campbell, de Bernutz, de Schrœder, mais à laquelle on était loin d'attribuer le rôle le plus important, occupe à l'heure actuelle, grâce à Lawson Tait, à Martin, à Veit, à Pozzi, etc. la première place dans l'étiologie de cette affection. Elle joue, par rapport à l'hématocèle pelvienne intrapéritonéale, le rôle du rhumatisme articulaire aigu dans l'endocardite : c'est-à-dire que la grossesse tubaire est à peu près le seul facteur dont se préoccupe aujourd'hui le praticien. Nous ne croyons pas qu'il soit sage, ni même exact de nier les autres mécanismes invoqués par les auteurs contemporains de Nélaton, car un certain nombre de faits qui nous paraissent indiscutables semblent en prouver l'existence, mais ce n'est plus à eux qu'appartient l'influence prépondérante. On est arrivé à cette conclusion, non par des vues théoriques, toujours discutables et qui n'auraient point apporté la conviction dans les esprits, mais grâce à des autopsies faites avec un soin plus rigoureux, à un examen plus méticuleux des annexes, et surtout grâce aux laparotomies nombreuses faites dans ces dernières années ; dans le cours de celles-ci, il a été permis dans la majorité des cas de retrouver des débris fœtaux tels qu'embryon, placenta et plus souvent des villosités choriales. Nous disons plus souvent, parce que le fœtus se résorbe facilement ainsi que l'a démontré Leopold et ainsi que le prouvent les faits très fréquents où il a été impossible de le retrouver soit au milieu des caillots, soit à l'intérieur de la trompe. Au contraire, les villosités choriales persistent beaucoup plus longtemps et leur présence permet de rectifier le diagnostic anatomique dans des cas qui, sans cette

particularité, seraient restés douteux et même auraient été pris pour toute autre chose qu'une grossesse tubaire.

Le fait suivant que nous empruntons aux bulletins de la Société de chirurgie de juin 1891, nº 5, p. 279, en est une preuve très démonstrative. Dans une observation de M. Reynier avec pièces à l'appui les altérations retrouvées du côté des annexes semblaient d'abord faire croire à la rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien.

Mais les lésions sont surtout très prononcées dans cette partie du ligament qui réunit l'aileron postérieur ou ovarien à l'aileron moyen ou tubaire : Là dans cette région qui correspond au plexus utéro-ovarien on voit les veines très distendues et au niveau du hile de l'ovaire on trouve une veine ouverte, fermée par un caillot qui paraît avoir été l'origine de l'hémorrhagie ; ce qui vient à l'appui de cette idée, c'est le volume du ligament rond postérieur dont les veines sont augmentées de volume et paraissent variqueuses ; c'est la distance qui sépare l'ovaire du pavillon de la trompe dont le ligament tubo-ovarien est très allongé ; il semble que l'hémorrhagie s'est produite en ce point entre les deux organes et les a séparés. Nous croyons donc qu'on doit interpréter cette pièce comme nous fournissant un exemple d'hématocèle produite par rupture d'une des veines du plexus utéro-ovarien : c'est donc la théorie de Devalz qui dans le cas actuel paraît être confirmée ; nous ne croyons pas devoir penser à une pelvi-péritonite hémorrhagique en faveur de laquelle il y a bien des fausses membranes, qu'on voit sur la face postérieure du ligament large, mais la rapidité de l'hémorrhagie, l'abondance du sang épanché et surtout les lésions constatées sont absolument contraires à cette idées.

M. Pozzi ne voulut point admettre cette origine et la combattit de la façon suivante :

Je profite de la communication intéressante de M. Reynier pour protester contre la résurrection possible d'une entité morbide que je crois condamnée : hématocèle par rupture spontanée d'un varicocèle utéro-ovarien ou de fausses membranes vasculaires de la cavité pelvienne. Que ces lésions puissent donner quelques gouttes de sang, je le veux bien ; mais une grande hématocèle, jamais. Il s'agit sans doute, dans le cas de M. Reynier, de ruptures vasculaires ; mais entendons-nous bien : je crois qu'il y a un petit œuf, c'est une grossesse extra-utérine. Dans ces cas de grossesses tubaires, le plexus utéro-ovarien est turgescent ; l'exploration chirurgicale vient dilacérer quel-

ques vaisseaux, et l'hémorrhagie se produit. Je mettrais donc sur ce fait l'étiquette suivante : grossesse extra-utérine probable, et rupture traumatique des vaisseaux du ligament large.

Au point de vue de la pathogénie, l'examen de cette pièce est important. La trompe du côté opposé est à peu près saine, preuve qu'il ne s'agit pas là d'un hématosalpinx bilatéral, par une double salpingite parenchymateuse devenue hémorrhagique, mais qu'on a probablement affaire à une grossesse tubaire.

L'examen microscopique devait donner raison à l'hypothèse émise par M. Pozzi.

Le cas de Ruge est tout aussi instructif :

Cet auteur avait présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, à la séance du 10 mai 1890, une observation d'hématocèle avec hématome tubaire. Or la trompe, soumise à l'examen histologique de Keller, fut reconnue comme appartenant à un cas de grossesse tubaire. Cet auteur, à la séance du 12 juillet 1889, rapportait que les coupes médianes avaient démontré l'existence des villosités choriales. Il est vrai que le nombre en était très limité par rapport à d'autres produits ressemblant assez à des villosités et qui ne semblent être que le résultat de l'infiltration fibrineuse. L'enveloppe périphérique de l'œuf était constituée par une membrane blanchâtre visible à l'œil nu et qui n'était autre chose que la caduque réflexe. D'autre part Veit, à la même séance, fit remarquer que ce ne pouvait être qu'une grossesse extra-utérine à cause de l'insertion solide du caillot à la paroi tubaire.

D'ailleurs, il suffira de parcourir notre relevé statistique des cas avec débris fœtaux que nous avons dressé à l'aide des observations réunies dans cette thèse, pour saisir tout de suite la grande fréquence et par cela même l'importance de la grossesse tubaire en pareil cas. Mais, il ne suffit pas d'invoquer celle-ci, il faut savoir encore par quel mécanisme elle arrive à produire l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale. Tout le monde s'accorde à considérer la rupture comme la condition essentielle du phénomène, mais les auteurs sont loin de s'entendre sur les causes de cette rupture. Beaucoup se sont contentés d'invoquer la surdistension. Ceci ne nous paraît point suffisant et nous admettons plus volontiers les arguments présentés par notre

ami distingué Pierre Delbet (1) dans son excellent ouvrage sur les suppurations pelviennes. Il a fort bien résumé les objections de Kaltenbach (2) et il les a renforcées en outre par des recherches expérimentales.

Il est bien vrai, dit-il, que, sur le cadavre, la trompe saine ne se laisse pas distendre et qu'elle se rompt sous l'influence des injections poussées dans son intérieur sans dépasser le volume d'un crayon. Cette rupture se produit assez aisément lorsqu'on injecte un liquide chaud, gélatine ou suif qui altère la paroi ; au contraire lorsqu'on injecte de l'eau froide, il faut un effort assez considérable pour amener la rupture et celle-ci se produit toujours en bas, là où la trompe n'est pas revêtue de péritoine, de telle sorte que le liquide injecté s'épanche entre les deux lames du méso-salpinx.

Mais ces faits ne sont d'aucun secours pour expliquer les ruptures pathologiques qui se font dans le péritoine, d'abord parce que jamais les ruptures expérimentales ne se font du côté de la séreuse, ensuite et surtout parce que l'accumulation de liquide qui se produit dans une trompe sous l'influence de la maladie n'est en rien comparable à celle qu'on produit par une injection brutale.

On pourrait être tenté de croire que, si la pression du liquide épanché n'est pas suffisante pour produire l'éclatement, les contractions de la trompe pourraient momentanément l'élever assez pour produire ce résultat. Mais il ne faut pas oublier que l'augmentation des fibres musculaires n'a été constatée que dans des cas exceptionnels, que jamais on ne l'a signalée dans les salpingites terminées par la rupture, jamais même dans les salpingites un peu volumineuses, qui sont seules exposées à se rompre. On pourrait encore penser que si l'augmentation de pression est insuffisante pour produire la rupture de la trompe, elle serait cependant capable d'amener le décollement des franges du pavillon mal réunies. Mais il est tout à fait exceptionnel que la solution de continuité se trouve au niveau du pavillon.

On n'a donc pas le droit de faire jouer au décollement des franges du pavillon un rôle important. Dans les salpingites anciennes qui sont surtout sujettes à se rompre, le pavillon oblitéré par des adhérences devient le point le plus résistant et c'est ailleurs que se produit la rupture.

Du reste, la difficulté de comprendre comment la tension pourrait atteindre

(1) Pierre Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891, p. 72.

(2) Kaltenbach. Zur Pathogenese der Tubenruptur bei Graviditas extra-uterina. — *Zeitschrift f. Geburts Hulfe und Gyn.*, XVI, Band, Hft 2, 1889, p. 368.

un degré suffisant pour amener la rupture, n'est pas le seul argument qu'on puisse opposer à cette théorie. En voici un autre dont l'importance est capitale. C'est que les salpingites peuvent se rompre dans le péritoine, même lorsqu'elles communiquent avec l'utérus, même lorsqu'elles se sont déjà spontanément ouvertes.

Par quels mécanismes se produisent donc les ruptures des salpingites dans le péritoine? Il y en a deux, qui peuvent s'associer l'un à l'autre. Ce sont les altérations de la paroi et les adhérences. Les altérations de la paroi consistent soit en ulcérations véritables, comme cela a été très nettement constaté dans deux cas déjà cités plus haut, soit en troubles trophiques, qui amènent un amincissement et un affaiblissement local sans qu'il y ait d'ulcération à proprement parler. Ces amincissements de la paroi sont fréquents dans les grosses salpingites. Tous les chirurgiens les ont constatés. Ce sont eux qui font dire : il était temps d'opérer, la rupture était imminente. Les adhérences agissent en exerçant sur la paroi tubaire de véritables tractions, soit parce qu'elles se rétractent, soit parce que les organes auxquels elles unissent la trompe subissent des mouvements physiologiques ou communiqués.

Or, la rupture de la trompe dans les cas de grossesse tubaire n'est point un événement indifférent. Cette trompe est en effet devenue très vasculaire par le fait même d'un état gravide. Les vaisseaux se sont notablement dilatés. ils sont par conséquent plus aptes à donner une hémorrhagie abondante.

Il faut tenir compte aussi du décollement du placenta quand celui-ci existe et qui peut aussi bien dans la cavité tubaire que dans la cavité utérine amener des écoulements de sang formidables par leur abondance et leur ténacité. Nous croyons que dans un certain nombre de cas c'est la persistance du placenta dans la trompe et ses décollements successifs qui expliquent les récidives d'hémorrhagie qu'on a constatées chez un si grand nombre de malades.

D'ailleurs, la cavité péritonéale est très mal disposée pour l'arrêt de l'hémorrhagie; lorsqu'il n'existe pas d'adhérences anciennes elle peut permettre au sang de couler pour ainsi dire indéfiniment. Veit a très bien montré comment des ruptures de vaisseaux d'un calibre insignifiant, pouvaient cependant, grâce à ces conditions spéciales, devenir mortelles à la longue à cause de la persistance de l'écoulement sanguin.

En effet, le sang ne se coagule pas tant que l'endothélium péritonéal reste intact, ainsi que l'ont démontré les expériences de Laborde, de Vulpian et de Veit. Au niveau de la rupture, du reste, le sang n'a nullement de la tendance à garder cette immobilité nécessaire à la coagulation, et celle-ci ne peut s'effectuer que dans quelques culs-de-sac éloignés où le liquide sanguin garde le repos indispensable à la production du phénomène. D'autre part la cavité abdominale est tellement vaste, et ses parois sont si faciles à distendre même chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, que jamais le sang ne retrouve au dehors cet excès de pression qu'il rencontrerait indubitablement au bout d'un certain temps dans une séreuse plus petite ou dans les mailles du tissu cellulaire, et qui le forcerait à rester dans l'intérieur des vaisseaux. Ceux qui, interprétant mal certaines expériences physiologiques, ont parlé de pression abdominale, ne réfléchissent pas que cette pression est intermittente, par conséquent insuffisante et qu'elle devient nulle ou même négative pendant l'expiration. En face de circonstances si défavorables, il n'est point étonnant de rencontrer un si grand nombre d'hématocèles volumineuses ; la nature n'a qu'un petit nombre de moyens pour arrêter cette hémorrhagie.

Lawson Tait signale l'importance des syncopes pendant lesquelles l'écoulement de sang est extrêmement réduit. Malheureusement ces syncopes ne durent pas, et d'ailleurs l'entourage de la malade et le médecin lui-même effrayés par les symptômes qu'elles déterminent s'efforcent de les combattre par tous les moyens.

Si l'écoulement est très peu abondant et intermittent, la coagulation a plus de chance de se produire. Il y a dès lors tendance à l'enkystement. Mais les récidives sont fort à craindre ainsi qu'on pourra s'en convaincre en parcourant les nombreuses observations annexées à ce travail. Bien souvent le chirurgien a été forcé de pratiquer la laparotomie chez des femmes qui ne paraissaient pas devoir succomber ; et lorsqu'on a cru devoir négliger les avertissements fournis par l'assombrissement rapide du tableau morbide, on a eu comme Lawson Tait la désagréable surprise de voir succomber la malade.

En fait, d'après Veit et beaucoup d'auteurs allemands et français (Sinéty Poncet, etc.), le meilleur préservatif consisterait dans des adhérences anciennes cloisonnant la cavité pelvienne et empêchant le sang

d'envahir la cavité péritonéale proprement dite. Heureusement que, d'après Veit et nombre de gynécologues, ces adhérences protectrices sont très fréquentes, et, en effet, ne trouve-t-on pas, comme l'a remarqué Tait lui-même, presque toujours les signes d'une salpingite antérieure dans les commémoratifs de l'hématocèle.

Comme on le voit, nous rendons pleine justice aux efforts de Lawson Tait, quand il s'efforce de montrer la grande importance de la grossesse tubaire dans l'affection qui nous occupe; mais faut-il aller aussi loin que cet auteur? Faut-il adopter entièrement le passage suivant de son traité clinique des maladies des femmes? « Quant aux causes d'hémorrhagies intrapéritonéales, mon expérience personnelle ne me permet d'en reconnaitre que deux. La première de beaucoup la plus commune est la rupture de la grossesse tubaire. La seconde peut consister en la rupture de quelques adhérences ou d'une ligature mal faite au cours d'une laparotomie. » Nous croyons que c'est aller peut-être un peu loin, et quant à nous, nous nous contentons de mettre à la première place la grossesse tubaire sans vouloir éliminer entièrement les autres facteurs étiologiques invoqués par les auteurs. Notre excellent maître M. Duplay, a soutenu dans une des leçons cliniques auxquelles nous avons fait allusion, que les causes les plus fréquentes de l'hématocèle pelvienne étaient :

1° Rupture précoce d'une grossesse tubaire ;

2° Hémorrhagies de la trompe ;

3° Pelvi-péritonite hémorrhagique.

De même, M. Pozzi a mis bien en relief l'importance des altérations de la séreuse abdominale pour expliquer l'imperméabilité du péritoine, mais il est loin d'être aussi exclusif que Lawson Tait. « L'origine ordinaire, dit-il, des grands épanchements sanguins est surtout la rupture précoce des grossesses extra-utérines précoces..... quant aux hématocèles à développement sournois et progressif, elles sont probablement le fait de véritables salpingorrhagies intrapéritonéales et supposent une salpingite antérieure. Cette question pathogénique a été et reste encore très contestée. Je passerai en revue les théories qui ont été successivement avancées. Toutes ont été à l'exclusion des autres, et cependant il est fort probable qu'à chacune correspond une série de faits. Un seul facteur est constant : c'est l'imperméabilité du péritoine pelvien. » En effet, sans

cette imperméabilité, le sang se serait résorbé et la présence persistante du sang n'aurait pas déterminé les phénomènes réactionnels et physiques qui, pour les anciens auteurs constituaient l'hématocèle et qui, pour les auteurs actuels, forment la variété enkystée.

Obs. I. — Inédite, due à M. Tuffier. *Hématocèle volumineuse. Infection secondaire. Laparotomie. Mort.* — H..., Julie, 26 ans, lingère, entre le 22 novembre, salle Huguier, lit n° 9.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort d'une hémorrhagie cérébrale. Mère bien portante, un frère et une sœur en bonne santé.

*Antécédents personnels.* — Jusqu'à 15 ans, elle ne se rappelle avoir fait aucune maladie. A cette époque elle eut la rougeole et la coqueluche.

Réglée à 16 ans. Menstruation régulière jusqu'à son mariage (22 ans). Un an après, première grossesse. Accouchement à terme. Suites de couches excellentes. A 24 ans, deux fausses couches, dont une double de six semaines constatée. Depuis aucun accident.

5 mois après ces fausses couches, nouvelle grossesse. Accouchement à terme. Suites bonnes. Pendant cette dernière grossesse, elle a eu le ver solitaire expulsé par les pilules d'extrait éthéré de fougère mâle.

Le 13 septembre 1891, pendant ses règles (le 2e jour), au milieu de la nuit, elle a eu un frisson; immédiatement après, suppression des règles et douleurs vives dans le ventre avec tendance au collapsus ; bientôt après, état syncopal d'une durée de 2 heures. Un médecin appelé ordonne des cataplasmes sur l'hypogastre et le repos absolu. Séjour au lit de 12 jours puis état excellent pendant un mois : à cette époque, à la suite d'une fatigue prolongée et au moment où elle attendait ses règles, elle éprouva une vive douleur dans le ventre avec forte réaction (ventre ballonné, fièvre, constipation, vomissements).

Le 20 octobre. Elle entre Beaujon, salle Behier (service du Dr Guyot). Le diagnostic porté fut : Hématocèle rétro-utérine.

Pendant son séjour dans ce service elle fut traitée de la façon suivante (purgatif, vésicatoires, cataplasmes, injections chaudes au sublimé). Par suite de l'aggravation de l'état général, elle passa en chirurgie, salle Huguier.

A son entrée, la malade est très faible et abattue. A l'examen on constate une grosse tumeur remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Fluctuante, et mate à la percussion, cette tumeur s'enfonce dans le petit bassin ; elle est à peine douloureuse.

Au toucher la cavité vaginale paraît diminuée : le col est très court, près que effacé et refoulé derrière la symphyse pubienne, contre laquelle il est aplati. L'utérus est dévié et refoulé de gauche à droite : tout autour du col on sent un relief et pas de cul-de-sac.

En combinant le toucher avec le palper abdominal on sent une fluctuation très nette dans le point qui correspond au cul-de-sac latéral gauche, et qui présente en ce point une sorte de croissant saillant qui entoure le col.

Depuis sa première entrée à l'hôpital, la malade est en état de fièvre continue avec très peu de rémission.

Par le toucher rectal on sent une tumeur qui bombe au niveau de la partie antérieure du rectum. L'état de la malade devenant de plus en plus grave, l'intervention chirurgicale est décidée pour le 24 novembre 1891.

*Opération.* — Incision médiane. A l'ouverture du péritoine, une poche saillante vient faire saillie à l'extérieur : elle est très bombée, et d'une couleur verdâtre. A l'ouverture il s'écoule une grande quantité de liquide et de caillots (un litre et demi) d'une fétidité extrême et d'une couleur lie de vin. Après lavage antiseptique et toilette de la cavité vidée, on fait l'énucléation de la poche qui est formée par les adhérences contractées entre l'intestin d'une part l'ovaire, et la trompe droite de l'autre ; puis ligature du ligament large au niveau de la corne utérine par un double fil de soie.

Toilette minutieuse du petit bassin et tamponnement avec deux mètres de gaze salolée. Suture de la paroi abdominale à 4 étages. A la partie inférieure de la plaie point de suture d'attente au niveau du passage des lanières de gaze salolée. Pansement.

27 novembre. Deux points de suture de la partie inférieure de la plaie sont enlevés pour permettre l'évacuation d'une quantité de liquide putride sanguinolent et gazeux évaluée à un demi-litre. Un drain mis en permanence. Le thermomètre marque 36°5.

Lavages au sublimé chaud journaliers. Le 28 40°,2. Mort à 4 heures du matin.

*Autopsie.* — 48 heures après la mort.

La cavité où siégeait l'épanchement et dont les parois étaient constituées par les intestins est tapissée d'un enduit granuleux et de couleur verdâtre, putréfié, très cohérent qui ressemble à de la fibrine coagulée. L'enduit n'a pas l'aspect grenu du pus.

En dissociant les anses intestinales qui limitent la poche, on voit l'enduit filtrer à travers. Dans la grande cavité abdominale pas de trace d'inflammation, la masse intestinale est saine ; l'utérus paraît sain, le foie en dégéné-

rescence graisseuse, rien dans les autres organes. En un mot, tout se borne à des signes de péritonite locale.

*Examen bactériologique* par M. Girode. — Examen du liquide de l'hématocèle. Ce liquide de teinte chocolat, très fluide, se montre constitué à l'examen microscopique par du pus mêlé de sang. L'abondance des globules du pus, en effet, est très supérieure à celle des hématies et tout à fait hors de pair avec ce qu'on aurait pu penser, à voir la teinte du contenu de la poche. L'hématome est donc franchement en suppuration.

Le dégagement de gaz fétides, qui s'est produit dès l'ouverture de la poche, faisait pressentir qu'il ne s'agissait pas d'une infection banale, ni en particulier d'une infection pyogène ordinaire.

Déjà à l'examen microscopique, en préparations colorées, on constatait la présence de deux formes microbiennes, un coccus et un bâtonnet court. Le microcoque se colore par le Gram, ses éléments sont peu nombreux le bacille au contraire existe en grande abondance, se décolore par le Gram, et forme en général des amas à éléments d'un calibre assez uniforme.

L'étude ultérieure de ces deux micro-organismes a permis de constater :

1° Que le microcoque présente nettement les caractères du staphylococcus pyogenes albus et poursuit dans les différents milieux un développement très discret ; 2° que le bacille au contraire fournit dans les diverses explorations tous les caractères du bacillus coli communis, mobilité, mode de développement sur plaques de gélatine et sur pomme de terre, action sur le lait, et les milieux lactosés, action sur les milieux au tournesol, etc. Sur les plaques ensemencées directement avec le liquide de l'hématocèle, on n'obtenait environ qu'une colonie de l'albus pour cinquante du coli. Il va sans dire qu'il a été fait des tentatives de culture à l'abri de l'oxygène : elles ont fourni les mêmes résultats simplement plus retardés et plus discrets. Il ne s'est développé aucune autre forme microbienne.

Il est fort vraisemblable, que les accidents toxi-infectieux observés chez la malade ont été dus, au moins pour une grande part, aux phénomènes de résorption se passant au niveau du kyste hématique, en suppuration, infecté subsidiairement par le coli-bacille.

L'enquête nécropsique permettait de constater la présence du coli-bacille, non-seulement dans tous les organes abdominaux, mais dans les sinus de la dure-mère et avec une grande abondance dans le liquide céphalo-rachidien. Le cadavre ne présentait aucun signe extérieur de putréfaction au moment de l'autopsie.

Obs. II. — Inédite, due à M. Tuffier. — P..., Emilie, lingère, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 26 février 1891, pour des douleurs de ventre dont le début remonte au 13 février de la même année. Les règles qui étaient venues normalement avaient cessé depuis trois jours lors de la première apparition de ces douleurs.

La malade était réglée habituellement d'une façon irrégulière, elle souffrait avant et après ses époques, dont la durée était habituellement de 3 à 4 jours. Pas d'enfant ni de fausses couches, pas de pertes blanches. Métrite il y a 8 ans. Il y a 4 ans, attaque de coliques hépatiques. Douleurs dans le flanc droit, vomissements.

Au début des accidents actuels, coliques violentes et vomissements qui avaient fait penser à une nouvelle crise hépatique.

A son entrée à l'hôpital, la malade éprouve des douleurs très vives dans le ventre.

La palpation abdominale et le toucher, quoique très douloureux, permettent toutefois de sentir à gauche une tumeur du volume d'une grosse orange.

Le même examen, pratiqué 3 jours après, fait percevoir une augmentation notable du volume de la tumeur. La laparotomie est alors décidée.

4 mars 1891. Chloroformisation. Incision sur la ligne médiane.

En avant de l'utérus, un peu à gauche de la ligne médiane, le doigt rencontre une tumeur libre dans laquelle il pénètre facilement et qui renferme avec des caillots, du sang fluide de couleur noirâtre.

Les caillots et le sang sont enlevés. Lavages. Un second examen fait reconnaître à la partie antérieure de la vessie une tumeur du volume du poing.

Des manœuvres intra-vésicales avec la sonde montrent les rapports réciproques de cette tumeur et de la vessie qui sont accolées l'une à l'autre au moyen d'adhérences. Celles-ci sont rompues et la tumeur une fois décollée est amenée aux bords de la plaie, puis incisée sur sa partie médiane : par l'incision ainsi faite, il s'écoule du sang noir assez épais. La tumeur est reconnue pour être la trompe dilatée et l'ovaire.

Ablation des annexes du côté droit. Lavage du petit bassin à l'eau boriquée tiède. Sutures au catgut puis au crin.

6 mars. Vomissements presque incoercibles pendant 2 jours. Glace, opium, potion de Rivière. Les injections de morphine répétées paraissent arrêter les vomissements. Douleur de ventre qui est légèrement ballonné.

8 mars. 2 lavements hier restent sans résultats. Pas d'émission de gaz par

l'anus. Administ. de 40 cent. de calomel, une selle, à partir de ce moment, les accidents paraissent se calmer.

9 mars. Plus de vomissements, plus de douleurs de ventre. Bon sommeil pendant la nuit. La malade urine seule. Suites favorables.

Obs. III. — Hanks. *Americ. Journ. of Obst.*, juillet 1890, *N. Y. Obst. Soc. — Grossesse extra-utérine. Mort par rupture du sac.* — Hanks raconte qu'il fut appelé auprès d'une malade nourrice de son enfant âgé de 6 mois, juste pour la voir expirer; elle ignorait être enceinte et avait ressenti la veille au soir de vives douleurs dans le ventre. Ces douleurs un moment calmées avaient reparu le lendemain matin et la mort était survenue rapidement.

Hématocèle et au milieu des caillots, œuf de 3 semaines avec une très petite rupture de l'extrémité tubaire du côté du pavillon.

Obs. IV. — Dudley. *New-York. Obs. Soc.*, mai 1890. *(Amer. Journ. of Obst.*, juillet 1890. — *Grossesse extra-utérine. Hématocèle. Rupture de la trompe.* — Femme 28 ans, mariée à 18 ans, 3 enfants, une fausse couche. Le dernier accouchement, qui a duré 48 heures, a eu lieu il y a 18 mois. Depuis cette époque règles normales ; il y a 4 semaines métorrhagie, tamponnement. Distension abdominale accompagnée de grandes douleurs. Douche utérine chaude; retour des caillots. Grosse tumeur molle en arrière de l'utérus. Hémorrhagie et fièvre ; diagnostic : grossesse extra-utérine ; on ne songe pas qu'il y a eu rupture, la malade n'ayant jamais eu de syncope.

*Opération.* — Hématocèle. Le fœtus est au milieu des caillots ; placenta retrouvé à gauche du petit bassin. Ablation des deux ovaires et des deux trompes. C'est la trompe gauche qui était rompue.

Obs. V. — Hanks. *N.-Y. Obst. Soc.*, octobre 1889. *Am. J. of Obst.*, janvier 1890. — *Grossesse tubaire rompue. Hématocèle. Pas d'embryon. Villosités. Opération et guérison.* — Examen de la malade au retour d'un long voyage : état de collapsus grave. Le chirurgien perçoit près de l'ovaire droit et dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur qu'il diagnostique pyo-salpinx et qu'il opère d'urgence. La tumeur se compose de la trompe et de l'ovaire droits, enveloppés de caillots dus à la rupture de la trompe gravide. Guérison rapide de la malade.

Bien qu'aucun embryon ne fût aperçu, les villosités choriales ne laissent aucun doute sur l'existence de la grossesse tubaire.

Obs. VI. — Tuttle. *Am. Journ. of Obst.*, janvier 1890. — *Hématocèle et pelvi-péritonite consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.* — Femme 20 ans, après 8 mois de mariage, fausse couche de 3 mois ; blennorrhagie. Les règles, régulières en septembre, font défaut en octobre. 1er novembre, douleurs aiguës dans l'abdomen ; le 15, métrorrhagie continue. Douleurs abdominales et pesanteur rectale.

Col et corps de l'utérus gros ; le cul-de-sac droit est rempli par une tumeur qui augmente progressivement. Les courants faradiques ne produisent aucun résultat. Laparotomie, 22 mars. Grosse tumeur enkystée par des membranes se prolongeant dans le cul-de sac de Douglas. C'est une hématocèle provenant de la rupture de la trompe droite, sur laquelle on retrouve des villosités ; le fœtus n'a pu être retrouvé dans les caillots.

Obs. VII. — Tuttle. *Ann. J. of Obst.*, janvier 1890. — *Ancienne hématocèle consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.* — Femme de 27 ans. Deux fausses couches séparées par un accouchement à terme. En avril, pas de règles ; en mai, douleur brusque suivie de l'élimination d'une membrane blanchâtre et de caillots.

Douleurs abdominales, nausées ; à l'examen, utérus augmenté, antéversé et fléchi à gauche par une tumeur située à droite et en arrière.

Laparotomie 18 juillet; tumeur enkystée, caillots dans la cavité abdominale. La tumeur consiste en : trompe droite dilatée et rompue entourée, ainsi que l'ovaire droit, d'une masse de caillots anciens qui sont enlevés de même que les annexes gauches. De très nombreuses villosités furent retrouvées auprès de la rupture près de l'isthme tubaire; pas d'embryon.

Obs. VIII. — Tuttle. *Ann. J. of Obst.*, janvier 1890. — *Grosse hématocèle, suite de la rupture d'une grossesse ectopique Laparotomie. Guérison.* — Femme de 32 ans, trois enfants parfaitement sains. Aménorrhée depuis deux mois ; douleurs extrêmes à droite avec péritonisme. Métrorrhagies ; état général très grave. Grosse tumeur à droite, très douloureuse à la pression. Signes d'hémorrhagie intense. Opération urgente. A l'ouverture du ventre, le sang est répandu dans la cavité abdominale ; les tentatives pour détacher les adhérences amènent d'abondantes

hémorrhagies qui sont à peine arrêtées par les clamps et les ligatures en masse. Pendant toute la durée de l'opération, injection sous-cutanée de strophantus. Malgré les plus grandes craintes de ne pouvoir même terminer l'opération, la malade guérit en quelques semaines.

La pièce présente beaucoup de caillots, des cotylédons placentaires, pas d'embryon. La trompe et l'ovaire sont sans doute restés dans la paroi inférieure de la poche que l'on a dû respecter.

Obs. IX. — Parsons. *Brit. Med. J.*, 3 octobre 1891. — *Grossesse tubaire; rupture à la 12e semaine. Laparotomie. Guérison.* — Femme vigoureuse de 37 ans ; aménorrhée depuis 12 semaines. Douleur subite et violente dans l'abdomen; sensation de déchirure, collapsus. Le lendemain, pâleur extrême, facies anxieux, pouls petit et rapide. Abdomen distendu, douloureux ; matité dans les flancs, surtout à gauche ; orifice utérin entr'ouvert. Vomissements, dyspnée, fièvre. Chloroformisation et ouverture de l'abdomen. Écoulement d'une grande quantité de sang liquide et de caillots provenant surtout du côté gauche. La trompe droite distendue présente une large déchirure et contient un fœtus de 3/4 de p. de longueur. Ligature et ablation de la trompe et de l'ovaire. Lavage péritonéal : drainage du cul-de-sac de Douglas au moyen d'un tube de caoutchouc sortant par l'angle inf. de la plaie; suture abdominale à la soie. Durée de l'opération, 1/2 heure. Pendant 48 heures lavements nutritifs; écoulement par le drain d'une grande quantité de sérum teinté de sang ; on retire le drain le 10e jour. Guérison sans accident six semaines après l'opération.

Obs. X. — Mc Murtry. *Am. J. of Obst.*, octobre 1889. — *Grossesse extra-utérine. Rupture. Hématocèle. Laparotomie. Guérison.* — Jeune femme de 28 ans; premier accouchement en décembre 1888; quoique nourrice, règles en mars, avril, mai; suppression en juin et signes rationnels de grossesse; le 26 juin, douleur abdominale paroxystique, suivie bientôt d'hémorrhagie ; arrêt de tous les désordres pendant quelques jours ; nouveau paroxysme une semaine plus tard, et troisième paroxysme vers le 26 juillet, cette fois suivi de collapsus, hémorrhagie abondante et facies péritonéal avec vomissements incoercibles; le ventre ballonné est distendu par du sang : opération imminente ; le pelvis est rempli de caillots ; la masse fœtale est à droite; la trompe droite est déchirée. Guérison en quelques jours.

Obs. XI. — Gill Wylie. *N. Y. Obst. Soc.*, avril 1889. — *Grossesse extra-utérine, hématocèle. Laparotomie.* — Jeune femme ayant fait une fausse couche de 2 mois quelque temps après son mariage, stérile depuis lors (7 ans) ; dilatation du col et antéflexion ; nausées en janvier, absence de règles, douleurs en février et hémorrhagie légère. Seins augmentés. A la fin de mars, au milieu de la nuit, douleur paroxystique, syncope, nausées, vomissements, hémorrhagie. Signes d'hémorrhagie interne. Laparotomie d'urgence. Caillots dans le pelvis et en arrière de l'utérus, une poche se rompt sous la main et donne issue à un gros fœtus.

Hémorrhagie considérable ; la malade s'en va rapidement, grandes injections abdominales très chaudes, lavements de peptone tous les 1/4 d'heure ; la malade se remet assez bien (8e jour).

Obs. XII. — Doléris. *Société obs. et gynéc. de Paris.* Séance du 12 juin 1890. — *Fibro-myôme compliqué de grossesse tubaire au début. Laparotomie, hématocèle par rupture du kyste fœtal.* — Mme X..., artiste, 30 ans, réglée à 14 ans et très régulièrement jusqu'à son mariage qui a eu lieu à 28 ans. Il y a 8 ans, accouchement et suites de couches normaux. Un an après léger retard des règles et menstruation irrégulière jusqu'au 2 avril 1890. A cette époque, la malade qui a eu ses dernières règles le 2 mars éprouve quelques douleurs vagues dans le bas-ventre. Le 27 avril, à la suite d'un retard de 25 jours, les règles reparaissent et durent 8 jours.

Dans la nuit du 3 au 4 mai, alors qu'elles duraient encore, la malade éprouve durant une demi-heure de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins ; elle sent « quelque chose se décrocher dans son ventre ».

Le 4 à 11 heures, ces douleurs reparaissent à peu près dans les mêmes conditions, mais plus intenses ; cependant pas de refroidissement, de petitesse du pouls ou de tendance à la syncope.

Après examen attentif le Dr Pichevin, assistant de M. Doléris, porte le diagnostic de fibro-myôme utérin, grossesse récente et avortement probable.

La malade se remet complètement de la crise qu'elle a traversée et la laparotomie est pratiquée par le Dr Doléris le 9 mai. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'une assez grande quantité de sang noir et sirupeux, hystérectomie abdominale avec pédicule externe pour le fibro-myôme parfaitement diagnostiqué. Les annexes du côté gauche sont saines, de même l'ovaire droit et la moitié juxta-utérine de la trompe de ce côté ; mais l'ampoule de cette même trompe est considérablement dilatée et présente l'as-

pect d'un boudin noirâtre un peu plus gros et à peu près aussi long que le pouce, légèrement vallonné à la surface comme si la couche circulaire du muscle tubaire avait inégalement cédé sous un effort excentrique. Elle est rupturée juste à sa jonction avec le pavillon, de telle sorte que les franges de ce dernier ne sont pas reconnaissables, mais le ligament tubo-ovarique est intact. En continuant la section de la trompe à partir de la rupture, on tombe sur une petite masse moulée sur ses parois et présentant l'aspect d'un caillot ; mais caillots et parois sont réunis par des tractus déliés qui, examinés sous un filet d'eau, ont tout l'air de villosités choriales. Du reste en ouvrant le caillot on tombe sur une poche amniotique des plus nettes remplie d'un liquide clair.

Obs. XIII. — Orthmann. *Soc. de gynéc. et d'obst. de Berlin.* Séance, 27 février 1890. — *Grossesse tubaire. Hématocèle pelvienne par écoulement de sang à travers l'orifice abdominal de la trompe.* — Femme de 33 ans, reçue à la clinique de A. Martin le 27 janvier pour hémorrhagies. Celles-ci avaient commencé le 21 décembre en même temps que des douleurs vives s'étaient montrées du côté gauche.

Anémie, syncopes. Dernières règles le 28 novembre 1889. Dernier accouchement il y a 2 ans 1/2; quatre grossesses antérieures en tout, dont 2 avortemenls, le dernier il y a 6 ans.

A l'examen, on trouve à gauche à côté de l'utérus, une tumeur du volume d'une petite pomme.

Le 1er février, laparotomie. La cavité abdominale est remplie en partie de liquide de couleur sombre, en partie de sang caillé. A l'extraction de la tumeur, il sort par l'orifice abdominal de la trompe un caillot de la grosseur d'un œuf de pigeon. Ablation de l'ovaire avec la trompe. Exeat le 19 février. Sur la préparation on voit que la lumière du canal tubaire dans sa portion utérine, d'abord droite, présente ensuite deux coudes. Immédiatement après le premier coude, se trouve le point où siégeait l'œuf. L'hémorrhagie de la trompe venait donc de la trompe par l'orifice abdominal. L'examen microscopique permit de constater la présence de caduque et de villosités choriales.

Obs. XIV. — Desguin. *Société Belge d'obst. et de gynéc.* Séance du 19 janvier 1890. — *Grossesse tubaire de 4 mois. Hématocèle. Extraction du fœtus et suture des parois du kyste aux bords de la plaie abdominale. Guérison.* — Femme ayant une tumeur prise pour une pyosalpingite ; mais par suite de l'arrêt des règles depuis quelque temps on

pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Quelques heures avant le moment de l'intervention qui avait été décidée à cause des douleurs et de l'état général, la malade présente tous les symptômes d'une abondante hémorrhagie interne : absence de pouls, peau recouverte d'une sueur froide et visqueuse. La mort paraît imminente ; M. Desguin pratique cependant la laparotomie.

Extraction de nombreux caillots sanguins, ouverture du kyste et extraction du fœtus ; les parois de la poche sont suturées aux bords de la plaie abdominale ; le placenta est laissé dans le sac qui est bourré de gaze iodoformée. Pendant toute l'opération la patiente est soutenue à l'aide d'excitants et de nombreuses injections d'éther. Guérison. L'élimination de l'arrière-faix a eu lieu au bout de 3 semaines.

Obs. XV. — Hamilton. *N. Y. Med. J.*, février 1890. — *Grossesse tubaire. Deux accès de collapsus à* 28 *jours d'intervalle. Laparotomie. Hématocèle et kyste fœtal. Ablation. Drainage et guérison.* — Femme de 34 ans, trois enfants de 11, 9, 8 ans, plus une fausse couche il y a 6 ans. Depuis son deuxième enfant douleurs constantes dans l'aine gauche. En septembre, constipation opiniâtre. Le 1er octobre, pendant des efforts de défécation, sensation de vives douleurs. Collapsus. Abdomen tendu et douloureux. Col gros, un peu ouvert ; cul-de-sac douloureux et rempli à gauche. Elle élimina une membrane utérine complète et l'examen de la cavité utérine en démontra la vacuité. Souffrance tout le mois. Le 28 octobre, deuxième attaque paroxystique ; tumeur grosse comme les deux poings dans l'aine gauche. Laparotomie. Issue de sang noir. Tumeur de la fosse iliaque enlevée après ligature du ligament large des deux côtés de la tumeur. Hémorrhagie assez abondante dans le cul-de sac de Douglas. Lavage et drainage. Guérison après 4 semaines sans fièvre. Examen des pièces : fœtus de 2 mois et demi et tissu placentaire.

Obs. XVI. — Hamilton. *N. Y. Med. J.*, février 1890. — *Grossesse ectopique. Deux accès de douleur paroxystiques à* 14 *jours d'intervalle. Laparotomie. Guérison.* — Femme de 29 ans, 3 enfants, le dernier a deux ans. Fausse-couche il y a 4 ans. Règles douloureuses et irrégulières. En octobre et en novembre, elle eut ses règles et tout le mois de novembre quelques hémorrhagies. Le 24 novembre, douleurs aiguës dans le ventre et la région lombaire. Le 8 décembre, deuxième accès paroxystique ; pouls 132. Signes d'hémorrhagie interne et collapsus. Hémorrhagie dans le

cul-de-sac postérieur. Laparotomie. Tumeur ovoïde de la grosseur d'une orange.

Transfusion de solution salée et amélioration. Pas de péritonite. Guérison en janvier. Examen des pièces. Pas de fœtus. Le tissu placentaire est seul retrouvé.

Obs. XVII. — L. Tait. *Brit. Med. J.*, 4 janvier 1890. — *Rupture de grossesse tubaire.* — Femme mariée de 28 ans : douleur subite dans l'hypogastre et collapsus. A l'ouverture du ventre, on trouve une quantité énorme de sang. Il s'agissait de la rupture d'une grossesse ectopique de la trompe droite ; la déchirure ne mesurait qu'un quart de pouce et le fœtus avait 4 semaines. Ligature du ligament, résection de l'ovaire et de la trompe ; nettoyage du péritoine. Guérison.

Obs. XVIII. — L. Tait. *S. gyn. anglaise*, 27 novembre, 1889. *Brit. Med. J.*, 4 janvier 1890. — *Grossesse tubaire anciennement rompue dans le péritoine avec adhérences prise pour un fibro-myôme adhérent.* — Femme ayant contracté il y a quinze mois la blennorrhagie. A l'examen, masse pelvienne avec utérus rétrofléchi. Douleurs. On pense à un fibrome adhérent.

Laparotomie. Énucléation du kyste et ponction sans résultat. L. Tait trouve alors la déchirure et constate qu'il s'agissait d'une rupture, dans le péritoine de grossesse tubaire avec adhérences consécutives. Fœtus de 10 à 12 semaines et placenta.

Obs. XVIX. — Edis. *Soc. gyn. angtaise.* Séance du 13 février 1883. *Brit. Med. J.*, 16 mars 1889. — *Grossesse extra-utérine rompue. Laparotomie d'urgence. Mort 10 heures après.* — Femme de 32 ans, mariée depuis 5 ans 1/2, stérile ; bien réglée jusqu'en décembre dernier ; alors aménorrhée pendant 45 jours ; puis écoulement pendant 3 semaines. Plusieurs attaques de coliques au niveau de la région iliaque droite. A l'examen, utérus antéfléchi, repoussé à gauche par une tumeur droite du volume d'un œuf ; col mou, seins gonflés ; signes de grossesse au début. L'opération fut fixée pour le 11 février, mais 2 jours avant, rupture du kyste et opération d'urgence. Cavité péritonéale pleine de sang ; ligature et ablation des ligaments larges. La malade déjà très anémique, ne survécut que 10 heures. Il y avait un petit kyste ovarique au-dessous du sac fœtal.

Obs. XX. — Thornby Stoker. *Acad. royale de médecine irlandaise.* Section d'obst., 3 mars 1889. *B. Med. J.*, 30 avril 1889. — *Gros-*

*sesse tubaire rompue. Hématocèle extra et intra-péritonéale. Compression du rectum. Laparotomie. Mort.* — Femme de 24 ans, mariée depuis 4 ans, ayant eu antérieurement des signes de lésions des annexes du côté gauche. Rupture d'une grossesse tubaire de deux semaines environ de la trompe gauche. La malade resta sans soins pendant 8 jours, et en présence de la péritonite, des douleurs, des vomissements et de l'épuisement, la laparotomie fut pratiquée presque sans espoir et suivie de mort 8 heures après. La trompe et le ligament large du côté gauche renfermaient une hématocèle du volume d'un œuf de dinde et le péritoine était le siège d'une énorme extravasation sanguine, due sans doute à l'effusion des vaisseaux du placenta. Ligature et ablation du ligament large, toilette du péritoine. La grossesse s'était faite dans la trompe près des franges ; le rectum était comprimé par les caillots intrapéritonéaux.

Obs. XXI. — Granville Bantock. *Soc. gynéc. anglaise*, du 10 octobre 1888. *Brit. Med. J.*, 27 octobre 1888. — *Grossesse tubaire. Rupture. Hématocèle. Laparotomie. Guérison.* — Femme de 26 ans, mère d'un enfant de 5 ans. Menstruation régulière, souvent douloureuse. Dernières règles du 10 au 13 mars. Un mois après, nausées matinales. Les six dernières semaines, douleurs dans l'aine gauche et le bas-ventre ; le 18 juin, douleur violente. Trois jours après, on constate une tumeur adjacente à l'utérus et un écoulement sanguin. Laparotomie. On trouve le ventre plein de sang et une grossesse tubaire gauche rompue ; fœtus en avant de l'utérus. Ligature du pédicule. Nettoyage de la cavité. Les annexes de l'autre côté trouvées malades sont enlevées. Drainage. Sortie le 24e jour.

Obs. XXII. — W. Gardner. *Société médico-chirurgicale* de Montréal. Séance du 17 février 1888. *Med. News*, 17 mars 1888. — *Grossesse tubaire rompue. Hématocèle. Laparotomie. Guérison.* — Femme de 29 ans, fausse couche peu après le mariage. Dernières règles le 2 décembre, puis malaise matinal ; pendant la première partie de janvier, écoulement de sang par le vagin. Vers le milieu du mois, douleur pelvienne violente, collapsus, puis symptômes alarmants de péritonite. Après examen, Gardner porte le diagnostic de grossesse tubaire rompue et fait l'opération. La trompe droite était transformée en une masse friable, et on trouva le fœtus au milieu de caillots qui remplissaient le bassin. Lavage de la cavité. Drain pendant 8 jours. Guérison rapide.

Obs. XXIII. — Gordon S. C. *New-York Med. J.*, 4 février 1888. — *Grossesse tubaire. Rupture. Laparotomie 15 heures après. Gué-*

*rison.* — Grossesse tubaire gauche de trois mois, diagnostiquée par le médecin traitant, donnant depuis quelques jours des signes de suintements hémorrhagiques qui faisaient craindre la rupture. Celle-ci étant survenue avec collapsus, douleur vive du ventre, etc., on fit la laparotomie 15 heures après avec succès.

OBS. XXIV. — AUG. WIBORGH. *Hygiea*, n° 8, année 1888. — *Grossesse tubaire. Rupture du kyste fœtal. Hémorrhagie abondante dans la cavité abdominale. Opération. Guérison.* — M. R..., 28 ans, mariée depuis 7 ans, bipare ; le dernier enfant a deux ans. Après avoir cessé l'allaitement, les règles revinrent régulières jusqu'au mois de décembre. A cette époque, elles cessèrent de paraître et en même temps la femme éprouva des nausées matinales et les seins gonflèrent. Le 19 mars, douleurs vives dans la partie inférieure du ventre, suivies de grande faiblesse, nausées et évanouissements. Le ventre était distendu ; matité à la partie inférieure, tympanisme à la partie supérieure.

Diagnostic : grossesse extra-utérine et rupture de l'œuf. On décida d'opérer le lendemain. Laparotomie. La cavité abdominale ouverte, une grande quantité de sang clair s'écoule, suivie de la masse des intestins, qui ne purent être retenus à cause de la grande pression abdominale. Tout le petit bassin et une partie de la cavité abdominale étaient remplis de sang. La trompe et l'ovaire gauche étaient normaux.

La trompe droite était trois ou quatre fois plus volumineuse qu'à l'état normal. A l'orifice abdominal de la trompe droite, il y avait une tumeur élastique de la grandeur du poing et de la consistance d'un caillot. Cette tumeur était l'œuf rupturé, contenant un fœtus de sexe masculin avec cordon et placenta, âgé de quatre mois. L'œuf sans adhérences aux parties voisines, s'était développé dans l'extrémité abdominale dilatée de la trompe et y était enserré comme un œuf de poule dans un coquetier. L'œuf fut extrait et la trompe liée par deux ligatures au catgut. La malade était guérie le 9 avril.

OBS. XXV. — H. VAQUEZ. *Bulletin de la Société anatomique* de Paris, année 1888. 5me série, t. II, p. 911. — *Grossesse tubaire. Rupture du kyste fœtal au 3e mois. Hémorrhagie et péritonite. Mort.* — M... Du..., âgée de 27 ans, entre le 9 novembre 1888, dans le service de M. le Dr Letulle, à l'hôpital Tenon.

Cette femme arrive à l'hôpital avec tous les signes d'une péritonite généralisée en même temps qu'avec un état d'anémie profonde et il est difficile d'obtenir d'elle des renseignements bien satisfaisants.

Mariée à 20 ans, elle n'avait jamais eu de grossesse et son état de chloro-anémie ne s'était que peu amélioré pendant ces dernières années.

Au mois de janvier 1888, elle fut prise, sans cause appréciable, de douleurs vives dans le ventre avec fièvre et vomissement et resta trois semaines au lit. Le médecin la soigna alors pour une pelvi-péritonite.

Remise de cet accident la malade vit ses règles réapparaître comme d'habitude et cela jusqu'au mois de septembre.

En octobre, il y eut encore quelques pertes de sang, mais non à l'époque de ses règles, et les pertes furent peu abondantes.

Le 6 novembre, la malade recommença à perdre ; le même jour, étant au lavoir, elle prit froid, dit-elle, et ressentit presque immédiatement une vive douleur dans le ventre avec frissons répétés, état syncopal, etc. Presque aussitôt apparurent des vomissements verdâtres et le ventre commença ballonner. Depuis ce jour les symptômes ne firent que s'aggraver et le 9 novembre la malade entrait dans notre service.

État à l'entrée. Péritonite généralisée avec respiration anxieuse, pouls petit, très mou, muqueuses pâles, décolorées.

La malade meurt quelques heures après son entrée à l'hôpital.

*Autopsie*, faite le 12 novembre à 9 heures. — Aucune altération des organes autre qu'une anémie extrêmement prononcée et une légère congestion de la base des deux poumons.

Toutes les lésions se trouvent dans l'abdomen et le petit bassin. Elles sont de deux sortes :

1° Tout d'abord on constate tous les signes d'une péritonite récente : les anses intestinales se sont agglutinées entre elles et la surface de la séreuse présente une viscosité et une congestion caractéristique ;

2° On s'aperçoit de plus que le petit bassin est rempli d'une quantité considérable de sang, soit liquide, soit en caillots.

Lorsque l'on débarrasse le petit bassin de la masse sanguine, ce qui se fait très facilement, aucune ébauche d'enkystement ne s'était encore produite ; on voit que la source de l'hémorrhagie réside dans la rupture d'un kyste tubaire, de la grosseur du poing environ, allongé suivant la direction de la trompe droite, libre dans la cavité du bassin et n'adhérant pas à l'utérus.

Ce kyste est un kyste fœtal, appartenant à la variété des kystes tubaires vrais et contenant un embryon de 2 mois et demi à trois mois ; longueur, 7 centim. ; poids, 12 gr., sexe mâle. La constitution de ses parois ne présente rien de spécial. Disons encore qu'il laisse complètement l'ovaire et

dehors de lui et appliqué seulement sur son extrémité externe. Cet ovaire, de volume normal, contient dans son intérieur une dilatation kystique du volume d'une noisette environ.

Le kyste fœtal et la trompe étant incisés, on voit qu'il existe un rétrécissement considérable du diamètre de la trompe à la partie moyenne du trajet qui sépare l'utérus de l'extrémité interne du kyste.

Un stylet ne peut en effet traverser ce point rétréci et cela sur l'étendue d'environ un centimètre. La cause de ce rétrécissement est manifestement l'existence d'une bande fibreuse allant du bord supérieur de l'ovaire au bord supérieur du point rétréci de la trompe et déterminant un froncement de ce dernier organe.

Les autres organes, trompe, ovaire, sont sains, l'utérus est hypertrophié. Les parois mesurent 2 centim. 1/2 au niveau du fond. On constate de plus quelques adhérences péritonéales anciennes dans le cul-de-sac utéro-rectal et à la base du ligament large à droite.

Obs. XXVI.— S. C. Gordon. *N. Y. Med. Journ.*, p. 118, 4 février 1888. — *Extra-uterine pregnancy. Rupture. Recovery.*— Gordon est appelé, le 23 septembre, pour une femme de 33 ans, chez qui le médecin traitant a diagnostiqué une grossesse tubaire et qui, brusquement, est tombée dans le collapsus. Il arrive quinze heures après la rupture présumée.

Douleurs, signes de péritonite ; on est obligé de faire inhaler de l'éther pour pratiquer l'examen, et on trouve, à gauche, une tumeur distincte de l'utérus.

*Laparotomie.* — La tumeur a des adhérences avec l'épiploon et la paroi abdominale ; dans la cavité péritonéale, un peu de sérosité, et trois pintes de sang ; caillots noirs et caillots rouges, d'époques différentes par conséquent. On extirpe la tumeur tubaire (le fœtus est long de 3 pouces), on éponge soigneusement tout le sang épanché, on lie les vaisseaux. Lotion avec un litre d'eau phéniquée très chaude, drainage, suture de la paroi avec les fils de soie ; pansement au coton hydrophile. Injection de morphine. A partir de ce moment, les signes de péritonite disparaissent ; la température ne dépasse pas 100° F., quelques vomissements calmés par la morphine. Guérison.

Obs. XXVII. — Duchamp. *Lyon médical*, n° 35, 28 août 1887, p. 590. — *Grossesse tubaire de six semaines. Rupture de la trompe. Laparotomie. Guérison.* — Mme V..., âgée de 31 ans, avait eu, à la suite de deux accouchements (trois ans et demi et deux ans auparavant), une poussée

de pelvi-péritonite terminée rapidement par la résolution. Depuis lors, pas de nouvelle grossesse, santé généralement bonne.

Elle avait eu ses règles le 30 avril 1887. Le mois de mai avait été marqué par de l'anémie et quelques palpitations sans lésion cardiaque. Le 30 mai, absence des règles; elle a seulement la migraine qui accompagne d'ordinaire chez elle chaque époque menstruelle. Il n'y avait aucun trouble digestif, et l'absence des règles faisait seule penser à un état de grossesse.

La santé était parfaite, lorsque le 17 juin à 4 heures du soir, faisant un travail de couture, Mme V... ressentit brusquement dans le ventre une douleur déchirante. Défaillances, vomissements, pâleur de la face. Le Dr Nodet, appelé à 8 heures, trouve le ventre un peu ballonné, douloureux à la pression, surtout dans l'épigastre et les hypochondres. Le pouls est imperceptible, les lipothymies continuelles; la face est pâle. Les renseignements fournis par la famille font songer au Dr Nodet à une péritonite par perforation due à un ulcère de l'estomac avec abondante hémorrhagie interne. Opium, glace.

Le lendemain 18 juin 1887, à une heure, je vois la malade. Son ventre fortement ballonné est sonore dans toute son étendue. La douleur à la pression est plus marquée dans la région sus-ombilicale. Les vomissements sont fréquents, porracés.

La face est pâle, la peau moite, le pouls presque imperceptible. Le toucher vaginal est négatif; la consistance du col à peu près normale.

La malade, plus calme que la veille, peut répondre aux questions, et l'on établit nettement alors que la douleur atroce du début occupait la partie inférieure du ventre au-dessus du pubis, et qu'elle était suivie tout aussitôt de ténesme rectal et d'épreintes pendant une demi-heure.

Le diagnostic de perforation du péritoine et d'hémorrhagie interne s'imposait ; le siège de la douleur du début et les épreintes rectales permettaient de localiser la rupture dans le bassin.

La suppression des dernières règles chez une femme à époques régulières permettait de croire à une grossesse, et dans l'état, il était probable que cette grossesse était la cause de tous les accidents.

La laparotomie est proposée et acceptée. L'opération fut pratiquée à cinq heures du soir, 25 heures après le début des accidents.

La vessie est vidée et la paroi abdominale soigneusement désinfectée. Pas despray. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang noir s'échappe entremêlé de caillots, évalué à deux litres et 1/2 environ.

Le sang évacué, on fait entre deux ligatures la section d'une frange épi-

ploïque tendue dans le champ opératoire. L'intestin dont la surface est vascularisée fait hernie à travers l'incision.

On constate plusieurs brides péritonéales fixant l'utérus et ses annexes. On trouve parmi les caillots un petit œuf de deux centimètres de diamètre environ, et enfin une perforation de la trompe gauche, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à deux centimètres de l'utérus. Une aiguille de Cooper perfore le ligament large au-dessous de la trompe et au voisinage de l'utérus, et permet de passer deux fils de soie phéniquée, l'un liant la trompe et le ligament de l'ovaire, l'autre horizontal passant au-dessous de l'ovaire et de la trompe soulevés. Ovaire et trompe sont ensuite excisés. Le temps de la ligature était rendu particulièrement pénible par l'adhérence des parties.

Après la toilette du péritoine, l'intestin fut réduit et le ventre refermé par une dizaine de points de suture à la soie phéniquée ; l'opération avait duré 25 minutes. Pansement de Lister avec iodoforme sur la ligne d'incision. Fixation du pansement avec des bandelettes de diachylum. Opium, glace, champagne, injection de morphine.

A partir du moment de l'opération, les vomissements porracés ont disparu.

Deux jours après l'intervention, est apparu un suintement sanglant qui a duré quatre jours. Suites favorables.

Obs. XXVIII. — Bazy. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*. Séance du 14 janvier 1891, tome XVII, nos 1-2. p. 67. — *Laparotomie pour hématocèle péri-utérine. Grossesse tubaire du côté gauche. Embryon de 2 mois.* — Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans que j'avais vue au printemps dernier pour une salpingo-ovarite double. Celle-ci avait été améliorée et on peut dire guérie par le repos, les révulsifs et les irrigations chaudes.

Il y a dix jours, j'ai été appelé de nouveau auprès d'elle et j'ai constaté l'existence d'une tumeur volumineuse partant du petit bassin, sensible par le toucher vaginal dans le cul-de-sac gauche et postérieur, et repoussant l'utérus en avant et à droite. Cette tumeur se montrait tout près de l'ombilic, ne dépassant pas la ligne médiane et occupant toute la région hypogastrique et iliaque gauche.

Cette tumeur s'était développée dans les circonstances suivantes : La malade était partie pour la campagne et y était restée deux mois ; elle était rentrée très bien portante, elle avait vu ses règles disparaître deux mois de suite : elle était allée consulter dans un hôpital où elle a été touchée, dit-elle, par sept ou huit personnes. Elle avait souffert.

Rentrée chez elle, elle avait eu une métrorrhagie abondante, et peu à peu s'était développée dans le côté gauche du ventre une tumeur qui avait grossi peu à peu et avait acquis le volume actuel dans l'espace de quinze jours. Depuis ce moment, elle continuait à perdre son sang goutte à goutte ; elle a de la fièvre et s'affaiblit.

Dans ces conditions, je n'hésite pas à proposer la laparotomie qui est acceptée immédiatement et son mari la fait entrer dans le service de M. Th. Anger qui veut bien me permettre de l'opérer et m'assister dans cette opération. La température de la malade la veille et l'avant-veille était de 38°,3 et 38°,5.

L'opération a eu lieu le 10 janvier.

Toutes les précautions antiseptiques prises, je fis une incision de 7 cent., environ sur la ligne blanche. Arrivé sur le péritoine, je trouve l'épiploon épaissi et infiltré de sang. Je l'écarte et vois immédiatement une masse grisâtre, fusiforme, transversalement étendue, que le toucher me montre adhérente d'une part à l'utérus et de l'autre au détroit supérieur.

Cette masse, dans sa partie la plus large, mesure 5 cent. environ, elle est fluctuante ; c'est évidemment la trompe distendue. Je la ponctionne avec le gros trocart de l'appareil Potain. Il sort un liquide rougeâtre, un peu trouble. Je la dégage en avant et je tombe sur une masse considérable de caillots noirs que j'enlève avec les doigts et, en les enlevant, je m'aperçois que sans effort, j'ai pu passer mon doigt au-dessous de la trompe. A ce moment, il vient du sang rouge en certaine quantité. Je passe un fil de soie double au-dessous de la trompe et je la lie en dedans et en dehors. Cette hémorrhagie s'arrête. J'enlève encore des caillots avec les doigts et par le lavage à l'eau bouillie chaude. A un moment, je vois apparaître surnageant entre les bords de l'incision, un petit embryon de 2 mois environ très bien conservé ; je refais le pédicule externe de la trompe qui tenait mal. Je place un double fil entrecroisé tout à fait contre les parois du bassin. J'achève la toilette du péritoine et fais un drainage Mikulicz avec de la gaze antiseptique simple. Je referme dans les autres points mon incision par une suture à étages.

Aujourd'hui, 4 jours après l'opération, la malade est dans un état très satisfaisant.

Obs. XXIX. — Frommel. *Deutsche Med. Woch.*, n° 23, 1890, p. 494. — *Grossesse tubaire récidivante. Hématocèle rétro-utérine.* — Femme de 33 ans, qui subit en 1883 l'opération de la laparotomie pour une grossesse développée dans la trompe droite. Comme il y avait des signes de mortifi-

cation, la poche fut fixée par des ligatures à l'angle inférieur de la plaie, et au bout de 14 jours le placenta fut éliminé. La guérison fut rapide. Or, quatre ans plus tard, en mai 1887, la femme ayant eu un arrêt de règles depuis 2 mois et ayant accusé de vives douleurs au côté gauche de l'abdomen, tomba brusquement dans la rue ; collapsus, pâleur extrême du visage, absence de pouls, symptômes d'hémorrhagie interne. Le médecin constata le lendemain une tumeur molle qui remplissait le bassin et refoulait l'utérus en avant et en haut. Quatre semaines plus tard, nouveaux symptômes d'hémorrhagie interne et accroissement de la tumeur. L'auteur examine alors la malade et fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ayant pour point de départ une grossesse tubaire gauche.

Obs. XXX. — L. Tait. *Brit. Med. J.*, p. 778, avril 1885. — *Grossesse tubaire rompue. Laparotomie. Guérison.* — Femme de 26 ans, mère de 4 enfants. Cessation des règles le 25 décembre.

Le 15 février, douleur pelvienne violente et pelvi-péritonite. Le 23, tout le contenu du petit bassin paraît réuni par des adhérences. Ouverture de l'abdomen le même jour. Au milieu d'un énorme caillot se voit la trompe de Fallope gauche rompue, contenant un placenta.

La trompe est extraite avec grande difficulté, à cause d'une hémorrhagie profuse.

Drainage du bassin : guérison très rapide; la malade quitte l'hôpital le 11 mars.

Obs. XXXI. — M. Martin Durr. *Bulletin Société anat.* de Paris, juin, juillet 1891, fascicule n° 15, p. 379. — *Grossesse tubaire rompue. Hémorrhagie intra-abdominale. Autopsie.* — Tout renseignement manque sur l'âge de la grossesse ; le mari dit ne pas savoir que sa femme fût enceinte.

Sidonie S..., 38 ans, couturière, est amenée le 17 juin à une heure du matin, dans le service de M. le Dr Gouraud, à l'hôpital Cochin ; elle se plaint de violentes douleurs dans l'abdomen, qui est fortement distendu, et meurt à 3 heures du matin.

A l'autopsie, on trouva le péritoine rempli par 2 litres 250 de liquide sanguinolent. Une masse de caillots, du poids de 650 gr., remplit la fosse iliaque et la fosse lombaire gauches. Au milieu de ces caillots se trouve un fœtus de 140 gr.

Les caillots enlevés, le cordon fœtal amène sur le placenta, qui fait saillie à travers une ouverture irrégulière située sur le côté interne de l'extrémité

inférieure du côlon descendant. Le placenta est encore adhérent à la partie profonde de la portion rupturée, c'est-à-dire vers le fond du cul-de-sac de Douglas.

Examinant alors les organes du petit bassin, on voit que l'utérus a un volume au-dessus de la normale (la mensuration, après l'ablation, donna 12 centim. de hauteur). La trompe et l'ovaire gauches sont normaux.

La trompe droite, au contraire, contourne complètement le bord droit, puis la face postérieure de l'utérus, de sorte que son extrémité abdominale vient s'appliquer contre le côlon descendant. De fortes adhérences maintiennent cette trompe à droite avec le cæcum et la portion terminale de l'intestin grêle, en avant avec la face postérieure de l'utérus, et à gauche avec le côlon descendant et ses franges graisseuses. Mince dans sa portion utérine, cette trompe droite s'élargit peu à peu à sa portion externe dilatée, remplit complètement la partie postérieure du grand bassin et le cul-de-sac de Douglas, repoussant l'utérus en avant et en haut.

Le péritoine est absolument normal.

La rupture a eu lieu dans l'angle gauche, à l'union de la trompe avec 'extrémité inférieure du côlon descendant. La trompe est remplie de caillots ; après leur ablation, on trouve une cavité admettant les deux poings. Il a été impossible de retrouver l'ovaire au milieu des bandes fibreuses qui fixent la trompe dilatée.

L'utérus ouvert montre la muqueuse du corps boursouflée et le col complètement oblitéré par un bouchon gélatineux de coloration jaune rougeâtre.

Obs. XXXII. — L. Meyer. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XV, 1. *Traitement opératoire de la grossesse extra-utérine.* — L. C..., femme de 27 ans, nullipare, d'une bonne santé, se marie en mai 1887. Les règles cessent à la fin de juillet et tous les signes fonctionnels d'une grossesse apparaissent. Mais à partir du 30 septembre, des douleurs vives se font sentir dans le bas-ventre, ces douleurs se renouvellent par crises nocturnes, tous les quinze jours environ et elles augmentent chaque fois d'intensité.

Le 9 novembre, a lieu une cinquième crise extrêmement violente ; la malade est pâle, sans pouls, presque sans connaissance, couverte d'une sueur froide et respire difficilement ; la mort semble imminente. Ces phénomènes se calment pourtant un peu et le 14 novembre, un examen minutieux permet de constater l'existence d'un grossesse extra-utérine, avec rupture probable du sac. On trouve en effet deux tumeurs, l'une inclinée à droite, qui est manifestement l'utérus un peu gros, l'autre, située à gauche de l'utérus,

masquée par un empâtement assez considérable, douloureuse à la pression.

Après une attente de trois semaines, pendant laquelle l'état de la femme reste à peu près stationnaire, on constate que le fœtus doit continuer à vivre et à se développer, car tous les signes fonctionnels de la grossesse persistent et la tumeur augmente peu à peu.

Dans ces conditions, L. Meyer se décide à pratiquer la laparotomie qui offre plus de chances de salut pour la femme, qu'une expectation plus longue.

L'opération est faite le 19 décembre. Un fœtus de 19 semaines, frais, est extrait de la cavité abdominale où il est entouré d'une grande masse de sang coagulé ; puis on trouve le sac, formé par la trompe, entouré de fausses membranes et rompu en un point.

Ce sac contient le placenta, et le cordon passe par la rupture; on l'extrait en totalité avec la trompe et l'ovaire gauche, on lie le pédicule à sa base, et après une toilette minutieuse du péritoine, l'abdomen est refermé. Il s'agissait en réalité d'une grossesse abdominale secondaire, et le fœtus avait survécu à la rupture de la trompe, le placenta étant resté adhérent à son lieu d'insertion primitif. Suites de l'opération excellentes ; guérison au bout de trois semaines.

Obs. XXXIII. — W. D. Hamilton. *N. Y. Med. Journal,* 8 février 1890, p. 143. *Brit. Med. J.,* septembre 1890, p. 722.— *2 cas de grossesse tubaire rompue. Hématocèle pelvienne. Laparotomie pratiquée longtemps après la rupture. Guérison.*— 1° Femme de 34 ans, mère de 3 enfants, ayant eu sa dernière époque du 10 au 15 août. Le 1er octobre, douleur vive à l'abdomen, collapsus, refroidissement des extrémités. L'examen local fait penser à une grossesse tubaire. Le 2 octobre, expulsion d'une caduque utérine; l'utérus est vide. Persistance des douleurs pendant tout le mois. Le 28 octobre, accès semblable au premier. On trouve à droite de l'utérus, une tumeur deux fois grosse comme le poing. Le 30, laparotomie; grande quantité de sang liquide ou coagulé dans la cavité péritonéale. On extirpe le ligament large du côté gauche, et on trouve dans la trompe rompue un embryon long d'un pouce et quart et du tissu placentaire. Guérison complète en 4 semaines.

2° Femme de 29 ans, mère de 3 enfants, mal réglée. Les dernières menstrues ayant eu lieu le 2 novembre, elle éprouve le 14 novembre une douleur interne au ventre et le 15, elle perd du sang. Le 24, douleurs atroces, et à partir de ce jour, écoulement sanieux par le vagin. Nouvel accès

le 8 décembre; prostration, collapsus, extrémités froides. On diagnostique une grossesse tubaire rompue. Opération le jour même. La cavité abdominale est remplie de sang. Tumeur grosse comme un citron; dans la trompe rompue, on ne retrouve que du tissu placentaire. Extirpation de la tumeur, lavage à l'eau chaude. Le drain est enlevé le 4e jour. L'opérée part guérie le 5 janvier.

Obs. XXXV.— Ern. Herman. *Brit. Med. J.*, septembre 1890, p. 722.— *Grossesse tubaire chez une femme opérée préalablement pour une première rupture tubaire.* — Femme de 31 ans, opérée en janvier 1887 pour une hématocèle tubaire. La trompe droite fut à ce moment enlevée. En février 1889, suspension des règles et symptômes de malaise qui font penser à une grossesse. Le 10 mai, légère hémorrhagie vaginale; on trouve au toucher l'utérus normal et mobile; à gauche et en arrière est une tumeur grosse comme l'utérus et se déplaçant avec lui. On diagnostiqua une seconde grossesse tubaire. Laparotomie, ligature du ligament large et de la trompe. Extirpation de celle-ci et de l'ovaire gauche. Comme on l'avait supposé, elle contenait un fœtus de 3 mois, et un placenta tomenteux. Guérison sans incident.

Obs. XXXVI.— Bland Sutton. *Medico-Chir. Transact.*, LXXIII, 1890, p. 55. — En 1890, Bland Sutton a rapporté le cas intéressant d'une femme dont la première conception se fit dans la trompe après dix-sept ans de mariage et qu'il opéra avec succès.

Au cours de la laparotomie il trouva une hématocèle pelvienne et dans la trompe rupturée un œuf apoplectique. C'est au rapide développement de l'œuf distendu par le sang que s'expliquerait pour le chirurgien anglais le mécanisme de la rupture précoce de la trompe.

Obs. XXXVII. — Siegenbech van Heukelam. *Nederlandsch Fydsch. V. Geneeskunde*, 1885, n° 35. — *Autopsie d'un cas de grossesse tubaire double après rupture.* — L'auteur fut prié de faire l'autopsie d'une malade du Dr Nykamp. On attribuait la mort à une hémorrhagie interne causée par la rupture de l'oviducte, après une grossesse tubaire. L'autopsie fut faite 20 heures après la mort. Dans la cavité abdominale on trouva une grande quantité d'un liquide de teinte rouge noirâtre. L'utérus dont le fond arrive jusqu'au bord supérieur de la symphyse est d'une consistance très souple. La trompe gauche qui n'est pas visible dans la masse des caillots présente à 4 cent. de l'utérus un hiatus de 2 centim. à peu près.

A la même distance de l'utérus se trouve sur le trajet de la trompe droite un kyste rompu du volume d'une grosse noix. Après cet examen, l'utérus est enlevé de la cavité pelvienne; au centre d'un caillot d'une consistance solide se trouve le fœtus.

L'utérus a de 11 à 12 cent. de longueur, ses parois de 2 à 2 centim. 1/2. La consistance est souple, un peu plus solide que celle d'un utérus puerpéral. L'utérus est revêtu à l'intérieur d'une caduque très nette à laquelle on peut aisément distinguer les 2 couches.

*Trompe gauche.* — Au niveau de l'hiatus de 2 cent. on trouve de petits lambeaux de tissu conjonctif et de membranes qui font penser à des vestiges d'un tissu déchiré. A la face postérieure du ligament large, au niveau du point déchiré de la trompe, on trouve en un endroit limité des petits caillots bruns jaunâtres, probablement de vieille date. D'un examen attentif qu'il a fait, l'auteur est convaincu qu'avant l'hémorrhagie mortelle, il a existé en arrière du ligament large gauche un espace clos, de la grandeur d'une grosse noix et dans lequel se trouvait un caillot d'origine tubaire. Plus loin la trompe est normale. L'ovaire est gros, raboteux et présente à la coupe soit des vésicules de Graaf, soit des faux corps jaunes, peut être aussi des restes d'un vieux corps jaune *vrai*.

*Trompe droite.* — Elle présente à 4 cent. de l'utérus un kyste, qui probablement représentait la poche unique, portant une déchirure oblique en un point opposé à la déchirure du ligament large à la trompe. On s'assure par le cathétérisme que celle-ci communique à plein canal avec le kyste dont la paroi est mince. Sur sa face interne se laisse détacher une sorte de membrane qui est probablement la caduque.

Le contenu consiste en des caillots et une masse floconneuse cohérente qui semble contenir un chorion qui çà et là se laisse séparer de l'amnios ; on constate aussi un cordon ombilical de 2 cent. à peu près contenant 3 vaisseaux, mais point de trace de placenta proprement dit. Suit l'examen microscopique qui démontre que le placenta est encore en formation, que l'ovaire renferme un corps jaune vrai, etc. D'après l'examen anatomique très détaillé du fœtus son âge peut être évalué de 35 à 40 jours.

L'auteur accompagne cette observation des réflexions suivantes :

« En résumé, on a affaire à un utérus dont les dimensions correspondent à une grossesse de 3 mois, un fœtus de six semaines et au corps jaune du même âge. Voici l'hypothèse que l'on peut admettre : il y a 3 ou 4 mois un œuf fécondé s'est inséré et développé dans la trompe gauche ; six à huit semaines avant la mort de la femme le sac gauche s'est rompu et a donné lieu à une

hémorrhagie minime et bientôt enkystée précisément derrière la déchirure située vers le ligament large ; ainsi s'expliquent les vieux caillots de couleur jaune brunâtre et la fissure. Après arrêt de cette hémorrhagie, un autre œuf fécondé s'est inséré bientôt après dans la trompe droite ; son développement arrêta l'évolution de l'utérus qui aurait dû avoir lieu après la rupture de la trompe gauche ».

Obs. XXXVIII. — A. E. Morson. *Edimb. Med. Journ.*, septembre 1888. — *Case of extra-uterine, gestation.* — Femme de 30 ans, mère de cinq enfants. Cessation des règles, puis douleurs abdominales vives, revenant par crises. Une hémorrhagie abondante survient et fait craindre un avortement. Mais les douleurs continuent et la santé générale s'affaiblit.

L'examen du ventre montre que l'utérus est un peu gros ; par le toucher, on trouve derrière la matrice une tumeur arrondie et élastique. L'introduction d'une sonde dans la cavité utérine confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine.

*Laparotomie.* — La tumeur présente quelques adhérences ; elle est incisée, mais aussitôt une hémorrhagie terrible a lieu, due à la section du placenta inséré en avant. On arrête immédiatement le sang en introduisant une éponge dans le sac. On laisse ainsi à demeure, et on suture le sac aux parois abdominales.

Le jour suivant, on retire l'éponge, mais le sang reparaît et on tamponne le sac avec de la gaze.

Au bout de quelques jours, comme la température s'est élevée progressivement, et que la malade souffre, on agrandit l'ouverture du sac, et il s'en échappe un liquide séro-sanguinolent avec quelques flocons purulents : il n'y a pas issue du fœtus. Quinze jours plus tard, en essayant d'extraire une portion du placenta, on provoque une hémorrhagie ; du chloroforme est administré, on explore la cavité entière du sac et on trouve alors un embryon de deux mois environ qu'on retire. Depuis, le sac s'est graduellement refermé et la malade a guéri.

Obs. XXXIX. — J. Zucker. *Centr. für Gynec.*, 14 avril 1888. — *Un cas de rupture précoce dans une grossesse tubaire.* — Le 17 février, Zucker fut appelé auprès d'une femme de 32 ans, qui ressentait depuis plusieurs heures d'excessives douleurs dans le bas-ventre et les reins. Cette femme avait déjà eu deux enfants et fait une fausse couche. La dernière époque menstruelle remontait à décembre ou janvier, et le 12 février, il y avait

eu déjà des douleurs vives qui avaient disparu pour se reproduire le 17 avec une intensité plus grave.

Actuellement, le pouls était faible et la langue un peu sèche. L'utérus était fortement incliné à droite, et on trouvait à gauche une tumeur molle, mal délimitée, extrêmement douloureuse à la pression ; le ventre tendu et très sensible. Malgré l'opium et les injections chaudes, cet état s'aggrave rapidement ; le pouls devient petit, la face pâle, les extrémités froides, l'abdomen de plus en plus douloureux au moindre contact.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une quantité énorme (3 à 4 litres) de sang en partie fluide, en partie coagulé. Aucune tumeur n'existait dans l'abdomen, et ce n'est que par l'examen le plus minutieux qu'on parvint à découvrir sur le trajet de la trompe droite, à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, une petite déchirure de 5 millim. de long sur 2 de large. Une double ligature fut placée en ce point.

Le ventre fut refermé et légèrement comprimé. Au milieu des caillots, on trouva par hasard une petite masse charnue du volume d'une noisette qu'on reconnut plus tard être un œuf en totalité. Après l'opération, le pouls devint perceptible et la température remonta progressivement de 34°,7 à 36°,1. Le pronostic semblait favorable, et on songeait à pratiquer la transfusion, quand brusquement la malade succomba après un nouvel abaissement de température.

Réflexion. — L'intérêt de ce fait réside surtout dans la précocité de la rupture de la trompe gravide : l'œuf était âgé 2 à 3 semaines seulement, et parfaitement frais. La mort a été causée par l'anémie profonde consécutive à l'hémorrhagie.

Quand une grossesse tubaire est reconnue, le pronostic est beaucoup plus favorable si l'on opère avant la rupture.

Veit a fait dix opérations de ce genre, dont trois fois en pleine hémorrhagie ; sur ces trois cas, il n'y eut qu'une seule guérison, tandis que les sept autres femmes opérées en dehors de toute complication, se rétablirent.

Obs. XL. — Lawson Tait. *Brit. med. J.*, p. 1001, mai 1888. — *Double rupture d'une grossesse tubaire successivement chez la même femme.* — Mme R..., âgée de 25 ans, enceinte de trois mois, fut prise d'accidents graves de péritonite, le 9 mai 1885. On constate chez elle une tumeur mal définie, occupant la fosse iliaque droite, et on diagnostiqua une grossesse tubaire avec rupture de la trompe. Le 11, la laparotomie fut pratiquée, la trompe droite enlevée, et la malade guérit.

Dix-huit mois après, elle eut un enfant après une grossesse régulière et un accouchement normal.

Quinze mois plus tard, elle redevint enceinte, et, pendant quatre mois, les symptômes de la grossesse n'offrirent rien de spécial. Le 9 mars, éclataient les accidents suivants : Douleur atroce abdominale, pâleur ; sensation de défaillance, vomissements, mort rapide trois heures après.

L'autopsie montra l'abdomen rempli de sang et de caillots. Le placenta sortait par une large ouverture de la poche utéro-tubaire, et la mort avait été causée par hémorrhagie. La trompe gauche communiquait avec le sac fœtal et la rupture s'était faite à la partie postérieure et supérieure de la corne utérine gauche.

Obs. XL *bis*. due à M. le Dr Picqué, in thèse Regnauld, Paris, 1891, p. 72. — *Contribution à l'étude de la laparatomie dans la grossesse extra-utérine. Grossesse extra-utérine tubaire de 5 mois, rompue dans le péritoine. Péritonite aiguë. Laparotomie. Guérison opératoire. Mort de tuberculose pulmonaire trois mois après.* — La nommée S..., 39 ans, blanchisseuse, entre le 31 juillet dans mon service de l'hôpital Pascal, salle Pascal, n° 5.

Il n'existe aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Pendant son enfance, cette malade signale une fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans. La menstruation s'est établie à 14 ans ; les époques ont toujours reparu régulièrement depuis cette époque. Elle se maria à 22 ans ; première grossesse normale à 24 ans 1/2 ; deuxième grossesse normale à 27 ans. Pas de fausse couche; la malade n'a jamais eu la moindre douleur abdominale.

Au mois d'avril 1889, cessation des règles accompagnée de tous les symptômes d'une grossesse au début. Pendant les deux premiers mois, il n'y a rien à signaler. Vers le mois de juin, elle commence à ressentir des douleurs abdominales, surtout accusées du côté gauche. Malgré cela la malade continue de vaquer à ses occupations. Le 29 juillet, elle est prise subitement d'une douleur abdominale violente, syncopale de vomissements abondants avec refroidissement des extrémités. Bientôt le ventre se ballonne; il est douloureux au moindre contact. La malade est apportée à l'hôpital Pascal, le 31 juillet au matin.

*Examen* : Le météorisme est considérable ; le ventre, douloureux à la plus faible pression, est sonore dans sa moitié sus-ombilicale, complètement mat dans sa moitié inférieure jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher vaginal, on constate que l'utérus est mobile, mais

dévié à droite. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs sont occupés par une tumeur molle et fluctuante dans laquelle le doigt perçoit des parties dures, mobiles. La fluctuation est nettement transmise de la main vaginale à la main abdominale.

État général grave : Température 37°,4, P. 120. Vomissements porracés. Constipation opiniâtre. Langue sèche. Facies péritonitique.

Le diagnostic de grossesse tubaire rompue dans le péritoine est plutôt soupçonné qu'établi. En présence des accidents graves, l'intervention est décidée pour le soir même et pratiquée à 4 heures. Incision médiane sous-ombilicale de 7 centimètres, l'épiploon est adhérent au péritoine pariétal ; à peine est-il décollé qu'un flot de sang noirâtre s'écoule de l'abdomen. M. Picqué plonge la main dans le ventre, et retire un fœtus d'environ cinq mois.

Ce fœtus n'est pas vivant, mais nullement macéré ; il a environ 30 centimètres de long. Le placenta est immédiatement décollé. L'hémorrhagie, d'abord inquiétante par son abondance, s'arrête par le tamponnement pratiqué à l'aide de compresses éponges, et par l'application d'une pince à ligaments sur la corne utérine d'abord à gauche, puis à droite. La paroi de la trompe est ensuite facilement pédiculisée et enlevée. Ligature à la soie près de la corne utérine. La trompe et l'ovaire droits sont extirpés. Drainage avec un sac à gaze iodoformé selon le procédé Mickulicz. L'opération a duré quarante minutes, le pansement compris.

*Suites opératoires.* — Dès le soir la température est tombée à 37°,4, le lendemain matin le thermomètre accuse 37°,2 ; même température les jours suivants :

Les vomissements cessèrent dès le 2e jour. Émission abondante de gaz par l'anus. Le premier pansement est fait le 8e jour, les lanières de gaze sont retirées, le sac est lui-même retiré le 5e jour.

Les fils sont enlevés au 9e jour ; la réunion est parfaite. Le trajet du sac est complètement fermé le 22e jour.

La malade commence à se lever, son état général semble s'améliorer pendant quelque temps, mais bientôt elle s'affaiblit et se met à tousser.

Le 3 novembre, c'est-à-dire trois mois après l'opération, elle meurt de tuberculose pulmonaire.

Obs. XLI. — Charles Leroux. *Arch. de Tocologie*, 1877, p. 496, et *Soc. anat.* de Paris, 5 avril 1877. — *Hématocèle rétro-utérine. Accidents épileptiformes. Mort. Autopsie. Grossesse extra-utérine*

*de 3 mois. Hémorrhagies intra-péritonéales. Compression des uretères. Urémie.* — Cath..., Justine, 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877, dans le service de M. Dumontpallier à l'hôpital La Pitié, dans un état d'anémie extrême.

Réglée à 11 ans, menstruation régulière, mais règles de longue durée (12 à 15 jours). Mariée, 3 enfants en plusieurs années. Du mois de novembre 1876 à février 1877, douleurs vagues dans le ventre.

19 février. Règles comme d'habitude. Le 1er mars, subitement, en pleine menstruation, elle ressentit des douleurs vives dans le bas-ventre; nausées, vomissements, lipothymies. Cet état dure jusqu'au 3, date de son entrée.

*Examen* : Anémie extrême. Abdomen volumineux, dur, tendu. On y constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, assez résistante, élastique, occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

Cette tumeur est mate, et paraît constituée par des parties solides et liquides. Le cul-de-sac vaginal postérieur forme une saillie arrondie, se laissant facilement déprimer, sans dureté, ni fluctuation bien manifestes. Culs-de-sac latéraux effacés. Col derrière le pubis. Col mollasse, entr'ouvert. diagnostic : Hématocèle rétro-utérine considérable.

4 mars. Rétention d'urine depuis 24 heures, deux syncopes. Deux autres syncopes le 6. 9 mars, amélioration notable. La malade va à la selle et urine spontanément.

Le 10. Nouvelle syncope assez longue.

Le 15. Deux vomissements. T. 39°.

Le 17. Douleur vive dans la région iliaque. T. 40°,2.

Le 18. Phénomènes abdominaux plus marqués.

Le 19. T. 40° le matin, 41°,2 le soir.

Le 20. T. 38° le matin ; 39° le soir, quelques gouttes de sang par le vagin et attaques épileptiformes.

Jusqu'au 23 mars, série d'attaques épileptiformes. Mort ce jour à 9 heures du soir.

*Autopsie.* — A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le grand épiploon descend jusque vers le pubis et adhère aux parties sous-jacentes ; on le détache dans toute son étendue en décollant ses adhérences profondes. Au-dessous, on trouve une suffusion pigmentaire noirâtre qui occupe tout l'abdomen. Les anses intestinales agglutinées par des adhérences fibrineuses sont refoulées dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, tandis que la partie sous-ombilicale est remplie par le caillot, l'utérus et ses annexes.

L'utérus, dont le fond est très visible, est singulièrement élevé et porté

en avant, dépasse de trois travers de doigt le niveau du pubis, il est accolé à la symphyse pubienne contre laquelle il comprime la vessie ; le bas-fond de l'utérus est recouvert par une partie du caillot fibrineux. De ses côtés partent les ligaments larges qui, par leur face antérieure, sont accolés aux parois antérieures et latérales du petit bassin ; cette face antérieure des ligaments larges paraît normale. La tumeur sanguine offre un volume considérable ; en haut, elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic, plonge en bas dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, et latéralement se prolonge jusque dans les fosses iliaques, peu du côté gauche, mais du côté droit elle l'occupe en grande partie.

La tumeur se compose : 1° de la poche ; 2° du caillot.

La poche est formée par les organes voisins réunis par des dépôts fibrineux et des adhérences molles ; à droite, par le cæcum, le côlon ascendant et la fosse iliaque ; en avant, l'utérus et le grand épiploon ; dans le petit bassin les parois sont formées par le rectum en arrière ; l'utérus et les ligaments larges en avant. Les parois de cette cavité sont lisses dans toute leur étendue, aussi on peut isoler le caillot de tous les côtés, sauf au niveau du ligament large droit, aux annexes duquel il semble adhérer plus intimement.

Le caillot se prolonge de 1 centim. à peine sur la face antérieure de l'utérus, sur les côtés et en avant ; il ne passe pas sur la face antérieure des ligaments larges qui est d'apparence normale. En arrière, il refoule le rectum ; sur les côtés, il s'appuie sur les fosses iliaques, mais surtout sur la droite ; il monte en haut jusque vers l'ombilic dont il reste éloigné de trois travers de doigt. La couleur et la constitution du caillot varient suivant les points où on le considère et c'est en le détruisant couche par couche que l'on peut se rendre un compte exact de ces détails. A son extrémité supérieure et à gauche, il est brun jaunâtre, assez résistant, élastique, fibrineux ; il devient d'autant plus rouge et cruorique qu'on se rapproche davantage du ligament large du côté droit et de la trompe du même côté. En disséquant le caillot, on peut reconnaître qu'il est formé de plusieurs couches distinctes stratifiées, paraissant d'autant plus organisées qu'on se rapproche de la superficie de la masse sanguine. Dans le voisinage de la trompe, le caillot est brun-rouge cruorique. Cette masse semble donc être le résultat de poussées sanguines successives, dont les plus récentes sont les plus rapprochées du ligament large droit. En continuant la dilacération du caillot, on arrive sur une tumeur molle, élastique, qui fait hernie à travers les dernières couches du caillot fracturé, et s'affaisse en se vidant.

On sectionne cette poche que l'on reconnaît bientôt être une poche des

eaux, et on trouve un fœtus attaché par son cordon à un corps rouge, foncé, élastique, qui n'est autre que le placenta.

Le fœtus mesurait dans sa longueur environ 5 centim. et demi ; le cordon grêle, mais encore assez résistant, offre 9 centim. de long et le placenta 2 centim. d'épaisseur ; la grossesse doit donc remonter à peu près à deux mois et demi à trois mois.

Le pavillon de la trompe droite qui offre une très légère dilatation se confond avec la masse placentaire ; le corps de la trompe n'offre rien de particulier. Son canal n'est point obturé puisqu'on peut y faire passer un stylet assez facilement. L'ovaire offre le volume d'un petit œuf de pigeon ; vers une de ses faces, on voit une saillie très nette, ovalaire, de 3 centim. et demi de diamètre qui n'est autre que le corps jaune de la grossesse. L'ovaire et la trompe du côté gauche ne présentent rien à noter.

L'utérus, dont les parois ont 2 centim. d'épaisseur, offre une longueur totale de 9 centim. ; sa muqueuse est rosée, légèrement injectée dans le corps ; il n'y a pas de caduque visible à l'œil.

La vessie est revenue sur elle-même ; comprimée entre le pubis ; elle contient 150 gr. environ d'urine. Le rectum est refoulé contre le sacrum. En réunissant tous les fragments du caillot, on arrive au poids de 800 gr., ce qui permet, avec ce qui reste adhérent, soit à la trompe, soit aux parties voisines, d'évaluer à 1 kilogr. le poids de la totalité du caillot.

En détachant à gauche et à droite le caillot, on est frappé de rencontrer deux masses assez molles et fluctuantes du volume d'un œuf que l'on reconnait être les reins. Par une dissection plus attentive, on voit en effet que, du côté droit, le bassinet a pris un développement considérable, il a presque triplé de capacité ; l'uretère du même côté est également considérable, il est environ quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal dans sa partie supérieure, c'est-à-dire depuis son origine jusqu'au niveau du détroit supérieur, point sur lequel il se trouve comprimé par le caillot ; au-dessous, il reprend son volume normal. Le rein droit est à peu près de volume ordinaire, plutôt plus volumineux ; son tissu est assez mou ; une coupe le montre assez anémié dans toute son étendue ; la substance tubulaire est injectée au niveau de quelques pyramides qui sont moins nettement délimitées qu'à l'état normal. Les calices ont triplé d'étendue.

Du côté gauche, dispositions absolument analogues, mais à un degré moindre. Il y a donc eu là, sans aucun doute, un obstacle assez marqué, mais non total, à l'excrétion de l'urine.

L'urine contenue dans la vessie prise et examinée post-mortem, contenait

6 gr. 1/2 d'urée pour 1,000, et dans l'uretère droit, 3 gr. 1/2 pour 100.

Les autres organes ne présentent rien de particulier ; dans le cerveau il n'y a ni épanchement ventriculaire, ni œdème.

Obs. XLII. — Duguet. Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse tubaire. *Annales de gynéc.* Paris, 1874, 2e sem. — *Grossesse tubaire de 3 mois 1/2 environ. Métrorrhagies. Expulsion d'une caduque utérine. Rupture. Hématocèle. Mort. Autopsie.* — Elisab... Weis..., 27 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 décembre 1867, salle St-Antoine.

Mariée ; accouchement normal le 15 janvier 1867. Depuis 2 mois et demi elle est atteinte de métrorrhagies continues mais peu abondantes, s'accompagnant de douleurs abdominales parfois si aiguës qu'elle a dû à plusieurs reprises cesser de travailler. En même temps est survenue une anémie profonde dont on constate tous les signes à son entrée à l'hôpital.

*Examen.* — Abdomen un peu distendu, douloureux, surtout à gauche. Col volumineux, ramolli, entr'ouvert. Léger écoulement de sang par le vagin. Du 3 au 8 décembre, état stationnaire avec quelques nausées et vomissements, quelques frissons. Dans la journée du 8, coliques plus douloureuses et après de grands efforts d'expulsion, issue par le vagin d'une membrane molle, teintée de sang et comme roulée que l'on reconnait être une véritable *caduque*. Cependant les pertes et les coliques continuent.

Le 13 décembre. Frissons répétés, lipothymies, hoquets, pâleur extrême de la face, sueurs froides, vomissements et mort par syncope.

*Autopsie.* — Vingt quatre heures après la mort.

a. *Foyer hémorrhagique.* — En ouvrant le ventre, il sort de la cavité péritonéale et du bassin plus d'un litre de sang liquide et noirâtre ; ce sang a donné aux anses intestinales en contact avec lui une coloration rouge d'imbibition. En écartant ces anses, que quelques fausses membranes filamenteuses anciennes relient l'une à l'autre ainsi qu'aux parois du bassin, on trouve ce dernier rempli de caillots d'un rouge foncé, ressemblant aux caillots passifs des anévrysmes et, tout à fait dans le cul-de-sac utéro-rectal, des caillots grisâtres, moins friables, formant une couche assez épaisse, non feuilletée, et remontant certainement à une époque plus ancienne ; ces derniers ont, au contraire, une certaine analogie par leurs caractères, avec les caillots dits actifs des anévrysmes. Le péritoine est épaissi et doublé de fausses membranes peu épaisses au niveau de ces caillots grisâtres.

b. *Trompe gauche et kyste fœtal.* — Ensuite on découvre facilement

une tumeur du volume du poing, reposant immédiatement sur ces caillots anciens, et couverte elle-même par des caillots récents. Sa forme est arrondie, sa couleur d'un rouge violet foncé, et de gros vaisseaux sanguins parcourent sa surface. Cette tumeur est légèrement fluctuante, principalement dans sa partie antérieure. Elle est reliée fortement au côté gauche de l'utérus par la trompe qui est très développée, et dont on retrouve le pavillon avec ses franges épanouies au côté externe de la tumeur. Le kyste s'est évidemment développé dans la partie la plus évasée de la trompe.

Nettoyée du sang qui la recouvre, la tumeur présente une enveloppe lisse et régulière , mais, en arrière, on découvre à cette enveloppe plusieurs éraillures qui ne paraissent pas toutes de même date ; ce sont des déchirures véritables, irrégulières, allongées pour la plupart de haut en bas ou de droite à gauche ; les plus externes semblent plus larges, arrondies et plus récentes. Les lèvres très minces de ces déchirures laissent voir un tissu charnu, comme spongieux et très vasculaire, faisant pour ainsi dire effort pour s'échapper par ces ouvertures ; les déchirures externes, où le tissu charnu parait mis à nu plus fraîchement et dans une plus grande étendue, correspondent vraisemblablement à la dernière hémorrhagie qui a été mortelle, car tout fait présumer que les hémorrhagies internes et successives n'ont pas eu d'autre source.

En ouvrant et déchirant la tumeur sur sa face antérieure, on voit que l'enveloppe y est également mince et fragile, et l'on tombe sur une poche contenant une certaine quantité de liquide un peu citrin et transparent, dans lequel nage un fœtus de 3 mois à 3 mois 1/2 environ, parfaitement conformé. Ce fœtus est relié par un long cordon à un placenta bien développé, qui occupe la partie postérieure du kyste amniotique ; le cordon aboutit à ce placenta, non par le centre, mais par le bord supérieur et externe, et ses vaisseaux s'étalent de là à tout le placenta (placenta en raquette). Les masses charnues, qui font hernie par les déchirures postérieures et accidentelles de la tumeur, sont précisément les cotylédons de la face adhérente du placenta.

c. *Ovaire.* — Quant à l'ovaire, on le retrouve immédiatement au-dessous et en arrière du kyste fœtal, accolé à sa partie inférieure. Il est plus volumineux que celui de droite. Tout le ligament large présente d'ailleurs un plexus vasculaire, dont le développement contraste avec le peu de vaisseaux apparents du côté opposé. De petits kystes sérieux sont appendus à l'ovaire gauche par des pédicules assez longs et grêles.

d. *Utérus.* — Le corps de l'utérus, notablement dévié à droite, a doublé

de volume ; à la coupe, on reconnait que son tissu est plus épais, plus mou et plus vasculaire ; sa cavité est agrandie, sa face interne lisse et rouge ; sa muqueuse a disparu, sauf dans l'angle et à la corne du côté droit, qui sont occupés par un débris membraneux exfolié et faiblement retenu aux parois utérines. Ce débris membraneux a précisément la forme de l'échancrure signalée à la caduque utérine expulsée avant la mort; elle la complète exactement.

Le col hypertrophié comme le corps, présente près de son orifice les saillies villeuses constatées par le toucher pendant la vie.

e. *Annexes du côté droit.* — La trompe, l'ovaire et le ligament large du côté droit n'offrent rien à noter. Quelque tractus filamenteux les rattachent faiblement en arrière aux parois du bassin.

Obs. XLIII. — H. Brodier. *Bulletin Société anatomique* de Paris, mars et avril 1890, fascicules 6 et 7, p. 176-179. — *Grossesse extra-utérine. Hémato-salpinx. Laparotomie. Guérison.* — Louise R..., née en Lorraine, d'une mère bien portante, n'est que depuis trois ans à Paris, ou elle remplit les fonctions de femme de chambre. Réglée à 18 ans, ses règles ont été irrégulières pendant deux ans ; quand elles survenaient, l'écoulement très abondant durait 8 jours et la malade perdait en même temps de nombreux caillots; d'ailleurs pas de souffrances, si ce n'est quelques tiraillements lombaires la veille de l'apparition des règles.

A l'âge de 20 ans, les règles deviennent régulières ; la malade ne perd plus de caillots. Elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Au mois de mai 1889, au moment de ses règles, elle fait une chute du haut d'un escalier de 15 marches. Frayeur vive. Ses règles débutaient ce matin là ; le lendemain elles étaient complètement arrêtées. Aucune douleur dans le ventre.

Mais à partir de cette époque, les règles sont très irrégulières, tantôt retardent ; en même temps elle diminuent, et d'abondance et de durée, progressivement.

Dans leur intervalle, écoulements leucorrhéiques très abondants, et quelques douleurs dans le côté droit. A la fin de septembre, au moment des règles, léger suintement sanguinolent durant à peine deux jours; dès lors suppression complète des règles et de tout écoulement sanguin jusqu'au 30 janvier, c'est-à-dire pendant quatre mois.

En novembre, un matin en se levant, la malade ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui sont surtout accentuées dans les fosses

iliaques. Ces douleurs s'accompagnent de tranchées utérines fréquentes et d'autres douleurs dans les cuisses et dans les reins ; en même temps sensation de pesanteur hypogastrique considérable ; la malade raconte qu'il lui semblait porter à cette époque un poids de 10 kilogrammes dans le bas-ventre.

A la fin de novembre, les souffrances abdominales augmentent et privent la malade de tout sommeil ; le ventre devient très sensible à la pression, l'estomac rend tout ce qu'il prend : vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux.

La malade garde le lit jusqu'à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire jusqu'au 26 décembre. Du mois de novembre au mois de décembre le traitement s'est réduit à des injections d'eau tiède matin et soir en y ajoutant quelques gouttes de laudanum quand elle souffrait trop. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 26 décembre, la malade entre dans le service de M. Lancereaux où l'on porte le diagnostic d'ovaro-salpingite droite ; elle y reste deux mois ; pendant ce temps repos, cataplasmes, bains simples deux fois par semaine ; injection au sublimé tous les soirs. Douleurs des deux côtés à peu près également ; la douleur prédomine tantôt à droite, tantôt à gauche.

Vers le 22 ou 23 janvier, les douleurs deviennent plus vives, se font sentir, dans les membres et surtout dans les reins ; courbature générale durant jusqu'au 30 janvier où se produit une hémorrhagie utérine. Écoulement de sang très abondant, s'accompagnant de nombreux caillots et durant dix jours. Depuis ce moment la malade s'est trouvée considérablement améliorée ; les pertes blanches continuent.

Le 20 février, M. Lancereaux jugeant une opération nécessaire envoie la malade dans le service de M. Polaillon. Elle entre salle Gerdy, lit n° 18.

A l'inspection le ventre est normal ; d'ailleurs, au dire de la malade, on ne sent absolument rien à gauche et on ne réveille aucune douleur ; mais en déprimant fortement la fosse iliaque droite, on y sent de la tuméfaction et la malade accuse à ce niveau une douleur très obtuse.

Au toucher vaginal, le col utérin est mobile, un peu dévié à gauche. Le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche sont complètement libres. Tout le cul-de-sac latéral droit est rempli par une tumeur du volume d'une petite orange, rénitente, peu dépressible, allongée dans le sens transversal, et séparée du corps utérin par un sillon nettement délimité ; cette tumeur empiète un peu sur l'extrême partie droite du cul-de-sac antérieur ; en saisissant cette tumeur entre le doigt vaginal et la main abdominale, on ne cause pas de douleur à la malade. Il ne s'agit donc pas là d'une ovarite ; le diagnostic reste hésitant entre une hémato-salpingite et un kyste ovarique.

Du 22 février au 15 mars, la malade prend des injections boriquées deux fois par jour, ne souffre plus du tout, si ce n'est quand elle reste longtemps levée ; alors elle ressent des élancements dans l'aine du côté droit. Quelques pertes blanches, pas d'écoulement sanguin. La tumeur ne subit aucune modification.

M. Polaillon fait la laparotomie le 15 mars.

Incision de la paroi abdominale, longue de 10 cent. environ, sur la ligne médiane, allant de l'ombilic au pubis, faite couche par couche. Application de quelques pinces à forcipressure. On arrive peu à peu sur l'intestin à l'aide de petits coups de ciseaux; on le refoule avec des éponges montées. La cavité abdominale ouverte et l'intestin refoulé, en allant à la recherche de la tumeur du côté droit, la main sent la masse intestinale ainsi que le tablier épiploïque adhérer à cette tumeur, et en cherchant à soulever la tumeur, à déchirer les adhérences intestinales, elle crève une poche très mince et ramène hors de la cavité abdominale un fœtus mort, d'une longueur de 9 centimètres environ. On retire ensuite le placenta avec quelques caillots sanguins et on attire au dehors tout ce qui reste des annexes droites de l'utérus. La trompe et l'ovaire faisant hernie, et l'intestin étant protégé par des éponges montées, on saisit le pédicule de ces annexes à l'aide de grandes pinces à mors parallèles; deux pinces sont ainsi appliquées. Un nœud entre-croisé formé de deux fils de soie phéniquée est appliqué sur le pédicule; on sectionne immédiatement au-dessus de la ligature. Lavage du péritoine à l'eau phéniquée forte et chaude à l'aide du laveur. Ce lavage est fait par deux fois; toilette du péritoine avec éponges montées; ligature de quelques vaisseaux au catgut. Suture profonde de la paroi abdominale avec deux fils d'argent, puis sutures superficielles au crin de Florence, environ 8 à 10; pansement de Lister. Plaie abdominale complètement fermée; la malade est sondée immédiatement, urine normale. L'opération commencée à 10 heures 1/4, est terminée à 11 heures moins 1/4.

L'*examen des pièces* révèle les faits suivants : L'ovaire est sain, de dimensions normales, à la partie supérieure et externe de la masse enlevée et présente un corps jaune assez volumineux ; une partie de la trompe, celle avoisinant l'utérus, est saine, l'extrémité externe de la trompe, celle adhérant à l'ovaire, a disparu pour se perdre dans une masse assez considérable située à la partie inférieure de l'ovaire et de ce qui reste de la trompe.

Cette masse globuleuse, arrondie, saillait dans le cul-de-sac vaginal droit et faisait croire à une hémato-salpingite : dans cette masse placentaire se trouvent des foyers interstitiels hémorrhagiques et quelques caillots sanguins.

Le sac fœtal se trouve rejeté à la partie postérieure et interne de la masse, comme il arrive le plus souvent dans les cas de ce genre, le sac fœtal est immobilisé, adhérant à la masse intestinale et à l'épiploon.

Obs. XLIV. — Mac Murtry. *Am. Jour. of Obst.*, janvier 1890. — *Grossesse tubaire rompue. Hémorrhagie intra-abdominale abondante. Laparotomie. Guérison.* — Femme de 28 ans, accouchée une fois normalement. Cessation des règles et apparition des symptômes d'une nouvelle grossesse. Au bout de 4 à 5 semaines, éclatent de violentes douleurs dans le ventre, et une hémorrhagie abondante se produit ; ces accidents se prolongent une semaine, puis s'amendentp endant quelques jours. Mais une nouvelle crise survient ; la malade est pâle, très affaiblie, et vomit constamment ; pouls très rapide.

*Laparotomie.* — Hémorrhagie abdominale abondante. On trouve la trompe droite rompue et l'embryon. Ablation de la trompe, suture. Guérison.

Obs. XLV. — L. Tait. *Brit. Med. J.*, p. 778, avril 1885. — *Hémorrhagie intra-abdominale consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.* — Femme de 41 ans, mère de 8 enfants. Cessation des règles en novembre. En février, symptômes de pelvi-péritonite aiguë adhésive. Ouverture du ventre le 9 février : tout le petit bassin est rempli de caillots sanguins. Le fœtus était dans la fosse iliaque droite, à côté de la trompe rupturée.

Drainage et ablation de la poche kystique. Guérison définitive le 5 mars.

Obs. XLVI. — Meinert. *Centr. fur Gynæk.*, 29 décembre 1888. — *Grossesse tubo-abdominale. Rupture dans la cavité abdominale. Laparotomie. Guérison.* — Femme de 27 ans, mariée depuis quatre ans, nullipare. Réglée pour la dernière fois le 27 juin 1888. Dès ce moment elle ressent des malaises et des douleurs abdominales. Le 28 juillet, à la suite d'une longue course, elle est prise de vomissements et perd un peu de sang.

Le 4 août, une douleur brusque et violente, avec sensation de déchirure, est ressentie dans le bas-ventre, du côté gauche; la malade est pâle, refroidie; elle expulse des lambeaux de caduque. On croit à un avortement. Le repos ayant amené un mieux sensible, la malade se lève; mais elle est reprise le 18 août, le 25 août, et enfin le 1er septembre, des mêmes crises douloureuses, avec phénomènes généraux de plus en plus graves. Le diagnostic d'hématocèle fut d'abord porté ; mais Meinert appelé à voir la malade, après avoir constaté la présence d'une tumeur abdominale distincte de l'utérus,

admit l'existence d'une grossesse tubaire avec rupture de la trompe et hémorrhagie péritonéale.

La laparotomie fut faite le 6 septembre. Un litre environ de sang en partie coagulé remplissait l'abdomen. Un fœtus frais de 9 cent. 1/2 de long fut extrait de la cavité de Douglas ; il était entouré d'une couche de caillots. Le placenta occupait la trompe gauche rompue.

Ligature et ablation de la trompe, lavage du péritoine. La malade guérit.

Réflexion. — Il s'agissait dans ce cas d'une grossesse tubaire, dont la rupture eut lieu à huit semaines. Le fœtus, passé dans la cavité abdominale, avait continué à s'y développer, et s'était enkysté dans une poche secondaire formée en grande partie de sang coagulé ; une nouvelle rupture de cette poche amena une seconde hémorrhagie intra-péritonéale et donna lieu aux graves accidents qui nécessitèrent l'intervention.

Observation XLVII. — Paul Reynier. *Bullet. Société de chirurgie* de Paris, juin 1891, nº 5, p. 278. — *Hématocèle péri-utérine. La parotomie. Grossesse tubaire demontrée par l'examen microscopique.* — Il s'agit d'une femme de 30 ans, d'une bonne santé habituelle, qui, sauf une grossesse régulière à l'âge de vingt ans, n'avait rien à signaler dans son passé utérin. Il y a deux mois, trois ou quatre jours après la fin de ses règles, elle éprouva des douleurs dans la région hypogastrique gauche. Ces douleurs allèrent en s'accentuant et augmentèrent après la seconde époque des règles, qui fut douloureuse. Elle entra sur ces entrefaites dans le service de M. Roques, qui la fit passer dans le mien, le 24 mars dernier.

A l'examen, nous constations par le toucher, dans le cul-de-sac gauche, une grosseur allongée transversale, dans laquelle nous crûmes pouvoir reconnaître la trompe, évidemment prolabée. L'utérus était légèrement repoussé à droite; le col n'offrait rien de particulier au spéculum. Le diagnostic porté fut : de salpingite probablement hémorrhagique.

Le 28 mars, vers deux heures de l'après-midi, les règles commencèrent à apparaître ; l'écoulement était modéré et s'accompagnait de coliques douloureuses. Les règles s'arrêtent dans la nuit pour reparaître le lendemain matin, et continuer jusqu'au 30 mars, où le soir, vers quatre heures, se produisit une suppression brusque des règles, accompagnée de très vives douleurs dans le ventre ; la malade eut une demi-syncope et devint fort pâle. Le lendemain matin, les douleurs avaient diminué, mais la figure de la malade nous frappa par sa pâleur. Les règles n'avaient pas reparu.

Par le toucher, nous constations que le cul-de-sac latéral gauche bombait

dans le vagin et était fluctuant. L'utérus était repoussé à droite par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Devant ces symptômes, le diagnostic d'hématocèle péri-utérine s'imposait ; et, tenant compte de la salpingite antérieure, nous crûmes pouvoir rattacher l'hématocèle à une rupture de la trompe. La femme n'ayant pas de symptômes généraux ; les douleurs se calmant, nous la laissons pendant quatre jours se remettre du choc produit par l'hémorrhagie, et, le 4 mars, nous faisons la laparotomie, avec l'idée d'enlever les annexes malades qui pouvaient être la cause de nouveaux accidents.

Le ventre ouvert, nous trouvons au-dessus de la symphyse pubienne une tumeur située sur le côté de l'utérus, tumeur limitée en avant par le feuillet antérieur du ligament large, et en haut par les anses intestinales. Après avoir essayé de ponctionner à travers le ligament large, ne voyant rien s'écouler par la canule, nous nous décidons à pénétrer dans la cavité de la poche, en détachant les adhérences supérieures intestinales. Nous voyons alors que les adhérences se faisaient à la trompe non rompue, mais distendue' ainsi que vous le voyez, par un caillot sanguin, que nous devons faire examiner ultérieurement. La trompe, contribuait à former la paroi supérieure et elle avait été soulevée, séparée du cul-de-sac vaginal où nous l'avions constatée avant l'hématocèle, par le sang qui s'épanchait au-dessous d'elle. En effet, après l'avoir contournée, nous tombons dans une cavité remplie de sang en caillots, ce qui expliquait pourquoi par la ponction rien ne s'était écoulé. Cette cavité s'étendait en arrière de l'utérus, entre cet organe et le rectum ; le cul-de-sac péritonéal recto-utérin en formait la paroi inférieure.

Après avoir vidé cette cavité des caillots et du sang qu'elle contenait, nous enlevons les annexes du côté gauche et en même temps les annexes du côté droit, dont la trompe est malade et présente les lésions manifestes d'une salpingite catarrhale. L'ablation des annexes du côté droit fut également faite dans le but de diminuer la congestion utérine qui survient souvent après l'ablation des annexes, et qui se traduit par un écoulement de sang, ayant tout le caractère de l'écoulement menstruel. Nous avions intérêt à diminuer cette congestion. En enlevant la trompe du côté gauche, la ligature placée trop près de la corne utérine, avait déchiré le ligament large sur son bord utérin, et nous avions été obligés de remédier à cette déchirure au moyen d'une suture en surjet avec fil de soie n° 1.

Les annexes enlevées, nous finissons l'opération par un nettoyage complet et minutieux de la cavité avec les éponges ; pour être sûr de ne pas laisser

de caillots, nous terminons par un lavage à l'eau boriquée, bouillie, lavage fait pendant dix minutes.

Nous refermons ensuite le ventre sans drainage. Disons tout de suite que la malade n'a pas eu de fièvre, qu'elle en est au quatrième jour et qu'elle va très bien.

Quant aux annexes enlevées, voici ce que l'examen nous montre : La face postérieure du ligament large présente des fausses membranes de formation récente, et on y trouve de nombreux caillots adhérents ; dans l'épaisseur du ligament, on voit par transparence des hématomes. Mais les lésions sont surtout très prononcées dans cette partie du ligament qui réunit l'aileron postérieur ou ovarien à l'aileron moyen tubaire. Là, dans cette région qui correspond au plexus utéro-ovarien, on voit les veines très distendues, et au niveau du hile de l'ovaire, on trouve une veine ouverte, fermée par un caillot, qui paraît avoir été l'origine de l'hémorrhagie.

*Examen*, par Al. Pilliet. — Le caillot incisé présentait à son centre une petite cavité allongée, tapissée par une séreuse lisse et ne contenant qu'un liquide clair et aucune trace de fœtus. C'est une véritable cavité amniotique. Le caillot présentait sur les coupes des stratifications et des zones blanchâtres indiquant qu'il était le résultat de plusieurs hémorrhagies successives.

Sur les coupes faites de façon à comprendre la paroi saine de la trompe et l'insertion du caillot, on peut constater les particularités suivantes :

La paroi de la trompe s'amincit brusquement au niveau du caillot et en effet celui-ci repose directement sur la couche musculaire avec laquelle il est en contact.

Toute l'épaisseur des franges de la trompe ainsi que celle de leur chorion se trouve ainsi supprimée. Dans cette paroi amoindrie, se trouvent des vaisseaux extrêmement dilatés et flexueux.

Ce sont d'une part les artères pelotonnées, presque hélicines, notablement épaissies par une prolifération considérable de la tunique élastique, fort semblables en un mot à celles que l'on rencontre après l'accouchement, audessous de l'insertion placentaire dans un utérus humain ; à côté se voient des veines sinueuses, étoilées et très larges, qui sont béantes et ne présentent pas de processus de régression comme les artères.

Les lymphatiques assez nombreux entourent tous ces vaisseaux qui forment des plans situés principalement à la partie externe de la trompe. L'endothélium de tous ces vaisseaux sans exception est notablement tuméfié.

Les fibres lisses des couches musculaires sont hypertrophiées, mais les

plans qu'elles forment sont éparpillés, tant par la présence des plexus vasculaires, que par la dilatation excentrique de la trompe, en sorte que cette couche ne forme pas un feutrage serré.

Au-dessus d'elles se trouve un chorion épaissi qui présente quelques rares saillies villeuses et les premières assises du caillot sanguin qui sont immédiatement au contact du tissu sans trace de glandes ni d'épithélium. Ces couches profondes du caillot sont parsemées de leucocytes volumineux qui se remplissent des débris de pigment sanguin sous forme de granulations jaunes.

Les autres couches présentent une consistance inégale et un aspect différent suivant les points ; tantôt il existe un réseau filamenteux très serré de fibrine, englobant les globules rouges dégénérés et peu abondants, tantôt il existe de véritables lacs entièrement remplis de globules rouges sans fibrine ; de place en place apparaissent des villosités placentaires très peu abondantes ; leurs arborisations latérales sont atrophiées et elles ne forment plus que des tiges rigides entièrement conjonctives dépourvues de capillaires ; elles sont encore recouvertes par une couche d'épithélium provenant de l'ecto-placenta et composée de cellules petites et serrées étalées en couche uniforme, très peu présentent des noyaux multiples.

Dans le reste de la trompe, les franges sont courtes, épaisses et infiltrées, d'une grande quantité de cellules rondes.

OBS. XLVIII. — ALBAN-DORAN. Congrès annuel de l'Association méd. anglaise, sect. d'obst. et de gyn., juillet 1891. *Brit. Med. J.* 10 octobre 1891, p. 789-792. — *Grossesse tubaire droite rompue. Hémato-salpinx de la trompe gauche. Hématocèle intrapéritonéale. Laparotomie. Drainage du cul-de-sac de Douglas. Guérison.* — La malade qui fait l'objet de cette observation était soignée par le D^r^ Walther Roughton de New-Barnet ; elle est âgée de 36 ans et mariée depuis 16 ans. Deux fausses couches ont précédé son unique accouchement qui date de dix ans : l'enfant venu à terme vit et se porte bien.

Depuis 8 ans la malade accuse des douleurs dans le ventre, une fois même ces douleurs ont été assez aiguës pour nécessiter un séjour au lit de 2 mois ; elles se montraient du reste plus vives pendant la marche et au moment de la défécation.

Il y a 5 ans, elle consulta le D^r^ Thornton qui trouva simplement des lésions évidentes des annexes du côté gauche.

En avril 1890, la malade fut prise pendant la nuit d'une violente douleur

à l'hypogastre avec irradiation vers le thorax et les membres inférieurs : on administre de l'opium.

Trois semaines après, nouvelle attaque plus intense, qui nécessita un séjour au lit de 2 mois.

L'abdomen restait toujours très sensible.

Nouvelle crise douloureuse pendant sa convalescence.

Le 12 janvier 1891, la malade eut pour la dernière fois ses règles qui jusque-là avaient été régulières.

Après un retard d'une quinzaine de jours, deux attaques successives le 22 et le 28 février.

Le 2 mars, je fus appelé auprès d'elle. L'exploration pelvienne fut des plus difficiles à cause de la vive douleur qu'elle provoquait, mais elle me permit toutefois de sentir un point résistant sur le côté gauche du col de l'utérus ; rien de particulier du côté droit.

Comme l'état de la malade devenait menaçant, je conseillai l'intervention.

A peine avais-je laissé cette malade qu'on me rappela aussitôt, car elle venait d'être prise d'une nouvelle attaque caractérisée par des douleurs fntenses et un état syncopal.

Une opération exploratrice aussitôt décidée fut pratiquée le 7 mars.

J'incisai la paroi abdominale sur la ligne médiane et il s'écoula immédiatement, par l'ouverture ainsi faite, une grande quantité de liquide noirâtre et de sang coagulé que j'enlevai avec les mains ; j'arrivai ainsi sur les annexes du côté gauche que j'attirai au dehors après avoir libéré les nombreuses adhérences qui les maintenaient fixées. La trompe dilatée à son extrémité rangée présente une large déchirure que comble un caillot récent. Une pince à forcipressure est appliquée au niveau de l'extrémité utérine.

A droite, la trompe est uniformément distendue par des caillots et du sang liquide qui suinte librement par l'orifice péritonéal béant.

Les annexes ligaturées sont ensuite enlevées des deux côtés.

Résection d'une grande portion d'épiploon œdématié et adhérent au pubis et au péritoine pariétal. Toilette et lavage soigneux du péritoine. Drainage du cul-de-sac de Douglas avec un tube de caoutchouc. Suture abdominale et pansement.

Le drain est enlevé le deuxième jour. La convalescence est marquée vers la fin du deuxième septénaire par une poussée de néphrite et d'entérite, mais la guérison s'obtient définitive à la fin de juin. Disparition complète des douleurs qui duraient depuis huit ans : état général excellent.

Examen des pièces :

*Annexes droites.* — La trompe a 4 pouces de longueur, son conduit est largement dilaté et donne une libre issue à du sang fluide ; après avoir incisé cette trompe on trouve sur ses parois un caillot friable de forme cylindrique, légèrement adhérent dans sa moitié externe mais faisant corps avec elles du côté de l'utérus. Au centre de ce caillot se trouve un petit nodule ayant tous les caractères d'un ovule apoplectique.

L'ovaire petit, de forme irrégulière, contient quelques rares follicules de Graaf et un corps jaune en voie d'atrophie.

*Annexes gauches.* — Tout près de son pavillon, le conduit de la trompe est le siège d'une brusque dilatation renfermant un caillot récent et présente une petite déchirure à ce niveau. Le reste du canal tubaire paraît normal.

L'ovaire a une surface irrégulière, sa consistance est molle, et il contient dans son épaisseur un gros corps jaune, au centre duquel on aperçoit un petit caillot rose pâle entouré d'une paroi épaisse et sinueuse de couleur jaunâtre.

*Examen histologique.* — Des coupes de cette trompe, faites au niveau même de la déchirure, montrent tous les caractères de la salpingite catarrhale. Les replis de la muqueuse, complètement dépourvus d'épithélium, présentent un développement exagéré. Le tissu conjonctif est infiltré de cellules rondes. Les vaisseaux sanguins sont largement dilatés, mais nulle part on ne trouve les vestiges d'une grossesse extra-utérine.

Il est de toute évidence au contraire, que la trompe droite est le siège d'une grossesse tubaire, comme le montrent les coupes faites au point où le caillot et la trompe font corps. A ce niveau, on voit trois villosités choriales avec tous leurs caractères, l'une d'elles est profondément située. Dans le nodule situé au centre du caillot, perdues au milieu de filaments fibrineux se voient deux grosses villosités ; ce nodule était donc une portion du caillot et non un ovule apoplectique.

La présence des villosités choriales est caractéristique : du reste elles sont beaucoup tro pétendues pour être prises pour des franges tubaires et se trouvent dans un endroit où ces franges n'existent pas.

En résumé, il s'agit grossesse et avortement tubaires récents du côté droit.

L'opération s'imposait du fait de l'hémorrhagie se produisant par l'orifice de la trompe droite, indépendamment même de celle qui avait eu lieu consécutivement à la rupture de la trompe gauche.

Obs. XLIX.—Zucker. — *Cent. f. Gyn.*, 1888. *Rupture de la trompe gravide, le fœtus est retrouvé au milieu des caillots sanguins.* — Femme âgée de 32 ans. On fait une laparotomie pour hématocèle et grossesse extrautérine. On trouve un épanchement de sang dans le petit bassin, fourni une déchirure du tiers moyen de la trompe droite. On découvrit le fœtus par dans un caillot situé dans l'abdomen. La trompe fut extirpée entre deux ligatures. La malade mourut d'épuisement le lendemain de l'opération.

Obs. L. — Ern. Herman. Cas de grossesse utérine. *Brit. Med. J.*, p. 1152, juin 1888. — *Épanchement sanguin intrapéritonéal. Laparotomie 2 heures après le début des accidents. Fœtus de 4 mois. Ablation des annexes. Drainage. Guérison. (La malade avait présenté 3 ans auparavant les signes d'une hématocèle due probablement à une grossesse tubaire.)* — Une jeune femme accouche le 4 septembre 1885 et, à partir du 20 octobre, éprouve des malaises et des pertes sanguines. Un jour elle a une défaillance subite et une douleur abdominale atroce. On la reçoit à l'hôpital, perdant du sang et souffrant beaucoup. Le toucher vaginal révèle une tumeur pelvienne dure, douloureuse, au niveau de la trompe gauche ; pendant cinq semaines, persistent en s'atténuant des signes de pelvi-péritonite, accompagnés d'un suintement sanguin, puis ces phénomènes s'apaisent et la malade sort guérie en apparence, conservant un noyau induré pelvien.

Le diagnostic porté pendant cette première phase de la maladie avait été : hématocèle due probablement à une grossesse tubaire.

Trois ans plus tard, elle revient en février 1888, avec une suppression des règles datant d'octobre. Le 25 décembre, elle a une perte, à partir de ce moment, douleurs abdominales, mictions pénibles, pertes douloureuses. On perçoit une tumeur pelvienne émergeant dans la région sous-ombilicale, et donnant la sensation d'une rétroflexion de l'utérus gravide. L'auscultation révèle du souffle utérin.

Le 10 février, la malade est prise brusquement d'une douleur atroce avec défaillance, pâleur, sueurs froides, petitesse du pouls, bref, tous les symptômes d'une hémorrhagie interne considérable. Deux heures après, Herman ouvre l'abdomen qui est rempli de caillots et il retire un fœtus de 4 mois libre dans la cavité péritonéale. Le placenta était adhérent à la trompe gauche. Extirpation de l'ovaire et de la trompe, lavage du péritoine à l'eau chaude. Drainage du cul-de-sac utéro-vaginal ; guérison.

Obs. LI. — Due à M. le Dr Picqué. — *Grossesse tubaire extra-utérine de cinq mois. Enfant vivant. Laparotomie et extraction immédiate du placenta. Guérison.* — La nommée Mathilde L..., 33 ans, chapelière, entre le 3 janvier 1889, salle Pascal, dans mon service à l'hôpital Pascal.

Réglée pour la première fois à 15 ans, mariée à 19. Les époques ont toujours été régulières avant et après le mariage ; elle s'est signalée par une métrorrhagie qui a duré tout le mois.

Grossesse unique à l'âge de 20 ans ; l'accouchement a été long et pénible et fut accompagné de pertes de sang abondantes ; la malade a gardé le lit pendant dix jours ; la première époque est survenue environ six semaines après l'accouchement, il n'y eut pas de douleur abdominale consécutive.

Il y a cinq ans, les premières douleurs du côté droit apparurent à l'occasion d'une chute ; un an après survint une typhlite (?), qui fut traitée par le régime lacté ; les douleurs augmentèrent par la suite, devinrent très aiguës en 1887 et obligèrent la malade de s'aliter.

Il y a environ sept mois, il se produisit une nouvelle recrudescence des douleurs et depuis quatre mois, la malade a dû cesser tout travail et garder le lit ; c'est à cette époque qu'elle eut cette perte que nous avons indiquée plus haut et qui dura trois semaines ; depuis cette époque les règles ont disparu. A ce moment, elle fut traitée par les injections chaudes et les applications réitérées de vésicatoires sur le ventre.

Au mois de janvier, les douleurs s'étant notablement aggravées, la malade s'est adressée à l'hôpital.

L'état général est peu satisfaisant ; la malade est amaigrie ; les fonctions digestives sont altérées, l'anorexie est complète, la constipation est opiniâtre ; de plus les douleurs sont continuelles, entrecoupées d'accès paroxystiques, qui se produisent aussi bien pendant la nuit que pendant le jour ; ce sont des élancements, des douleurs très aiguës siégeant toujours du côté droit, s'irradiant dans tout l'abdomen, ne se calmant pas sous l'influence du repos au lit et produisant une insomnie très pénible pour la malade ; la leucorrhée est très abondante.

La miction est très douloureuse et provoque une sensation de vive brûlure, il y a du ténesme vésical. Les urines sont très abondantes, purulentes, et contiennent de l'albumine après décantation.

*Examen local.* — Le toucher vaginal conduit d'emblée sur une grosse tumeur qui remplit les deux culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur ; la palpation de l'abdomen permet de constater qu'elle remonte jusqu'à l'ombilic.

Un examen sous le chloroforme est pratiqué le 2 janvier ; le col est situé derrière le pubis, il est remonté et affecte la position d'un col refoulé en avant et en haut par une tumeur située en arrière.

Les lèvres du col sont ramollies ; l'orifice est transversalement dirigé et permet facilement l'introduction de la pulpe de l'index. Le col est entouré en arrière et sur les côtés par une tumeur fluctuante qui paraît l'immobiliser et qui arrive presque au niveau du museau de tanche, de manière à remplir presque complètement les deux culs-de-sac postérieurs ; on peut à peine introduire le doigt dans le cul-de-sac antérieur entre le col et la face postérieure des pubis.

Par la palpation abdominale on constate que, dans les deux fosses iliaques, il existe une tumeur qui s'enfonce dans le petit bassin ; à gauche elle paraît présenter une consistance plus dure qu'à droite ; de plus, à un examen superficiel, on pourrait croire qu'elle constitue une dépendance du col. En avant et au-dessus du pubis, si on recherche le corps de l'utérus, on ne le retrouve que très difficilement. Il paraît être de volume normal et dépasse à peine le pubis, il est en antéflexion manifeste. Par la palpation abdominale, on perçoit très nettement une tumeur de consistance dure et élastique sur la ligne médiane, large de trois à quatre travers de doigt et remontant jusqu'à l'ombilic, elle est légèrement mobile latéralement et dans le sens antéro-postérieur. Elle paraît s'élargir à la base en se rapprochant du petit bassin ; de plus elle donne à la main une sensation de crépitation neigeuse qui paraît superficielle.

A droite, on constate la présence de l'intestin qui entoure la tumeur et déborde en avant. L'auscultation de la tumeur ne fournit aucun renseignement. M. Picqué se décide à pratiquer une laparotomie exploratrice.

L'opération est faite le 8 janvier 1889.

Une très petite incision de 4 centim. est faite sur la ligne médiane entre le pubis et l'ombilic ; une fois le péritoine ouvert on découvre entre l'épiploon et l'intestin des caillots sanguins, qui sont comprimés par la paroi et étalés derrière elle par une tumeur volumineuse. L'incision primitive est agrandie pour délimiter la tumeur qui tombe, qui plonge dans le cul-de-sac de Douglas. L'examen permet de reconnaître l'utérus en avant de la tumeur, utérus antéfléchi qui présente un volume à peu près normal et qui dépasse à peine le pubis ; on reconnaît qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine incluse dans la trompe. En avant et sur la ligne médiane cette sorte de battant de cloche mobile, qu'on percevait par la palpation abdominale, est constitué par le fœtus. Les pieds sont situés en arrière au niveau de la portion

fluctuante de la tumeur. Le tout est entouré par une membrane très nette qui n'est autre que la paroi de la trompe gauche énormément dilatée. On ne peut parvenir à découvrir le point où s'est faite la rupture du kyste fœtal et d'où se sont échappés les caillots situés dans la cavité abdominale et dont l'inflammation empêchait d'apprécier par la palpation les parties constitutives de la tumeur. Le kyste est libéré, il présente peu d'adhérences ; mais dans les manœuvres, il se produit une rupture qui laisse échapper en partie le fœtus et le liquide amniotique ; c'est à ce moment que se produit une hémorrhagie très inquiétante par son extrême abondance. Avant d'aller plus loin, M. Picqué applique une pince à pédicule sur la corne utérine correspondante. L'hémorrhagie s'arrête de suite et la décortication peut être coninuée sans danger. La poche et le placenta sont enlevés complétement, mais successivement, pour faciliter les manœuvres.

Le pédicule est manifestement formé par le ligament large et la corne utérine. Il est lié avec un fil de soie plat, puis coupé ; à la section on constate au niveau de la ligature des vaisseaux volumineux dont plusieurs artères présentent le calibre de l'artère radiale.

Lavage de la cavité abdominale à l'eau bouillie, drainage de Mickulicz, drainage vaginal avec le tube en croix. Suture de la paroi abdominale.

*Examen de la pièce.* — La paroi, comme nous l'avons dit, est formée par la trompe dont la paroi est uniformément épaisse dans presque tous les points. L'ovaire se trouve adhérent à la face interne de la paroi. Le cordon est long, le placenta présente le volume des deux poings. Le fœtus présente une longueur de 30 centim. ; il est vivant, les mouvements de la respiration sont très nets, sa vitalité est notable, et il exerce des mouvements de succion sur le doigt qu'on introduit dans sa bouche. Les paupières sont fermées, les orteils présentent des déviations, ils sont diversement inclinés les uns sur les autres.

Les suites de l'opération sont très bénignes.

Le sac de gaze iodoformée est enlevé le troisième jour, gonflement des seins qui deviennent durs et très douloureux et laissent écouler une petite quantité de lait. Cet état disparaît le neuvième jour.

Le 14 janvier le tube en croix est retiré.

La malade est complètement guérie le 1er février.

L'état des reins ne laisse pas de nous inquiéter. Le jour de l'opération déjà le cathétérisme de la vessie ramène 1/2 litre d'un liquide purulent ressemblant à celui d'une pleurésie purulente ; l'urine est fétide ; depuis la quantité de pus mélangée à l'urine a diminué.

Au moment de quitter l'hôpital, on constate les signes d'une pyélo-néphrite à droite.

Trois mois après, la malade revint mourir dans le service de sa pyélo-néphrite ; l'autopsie permet de constater dans le rein un énorme calcul enchatonné. L'extrémité supérieure du bassinet est entièrement distendue et se présente sous la forme d'une poche purulente communiquant avec la partie inférieure de l'uretère qui lui-même est très distendu et présente les dimensions de l'intestin grêle. (REGNAULD. — Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine, th. de Paris, 1891, p. 67.)

OBS. LII. — PALMER. *Amer. Journ. of Medic. Assoc.*, 1890. *Hématocèle intrapéritonéale. Laparotomie. Rupture de la trompe. Extraction du fœtus. Hémorrhagie due au décollement du placenta. Hémostase avec des pinces. Guérison.* — Femme âgée de 41 ans. A la suite de deux poussées de péritonite, elle subit un examen sérieux, et on diagnostiqua une rupture du sac dans le cours d'une grossesse extra-utérine. Le 27 août, fut faite à l'abdomen, une ouverture capable de laisser passer la main ; l'épiploon et l'intestin grêle formaient une masse adhérente avec la vessie au fond de l'utérus et à la paroi abdominale.

Une fois les adhérences détruites, il s'écoula une certaine quantité de sang noirâtre, et le fœtus, sorti par la paroi antérieure de la trompe, fut trouvé fixé entre le cæcum et la vessie. Le placenta adhérait à la partie postérieure du rectum et du ligament large et occupait la moitié droite de la cavité pelvienne. Le fœtus fut extrait, mais au moment de décoller le placenta, survint une hémorrhagie, que l'on arrêta par l'application de pinces et les ligatures.

On extirpa la trompe et l'ovaire du côté malade, et on referma le ventre, sans pratiquer le drainage. La malade guérit très rapidement, malgré un abcès superficiel de la paroi.

OBS. LIII. — SANDNER. *Münch. med. Wochs.*, 1887. — *Épanchement de sang intrapéritonéal. Rupture de la trompe gauche. Laparotomie. Guérison.* — Femme, âgée de 32 ans, ayant déjà eu une grossesse il y a sept ans. Depuis, les règles sont venues régulièrement. Une seconde grossesse survint il y a quatre ans, et une troisième il y a deux ans. Dans cette dernière, l'accouchement eut lieu à huit mois; l'enfant fut trouvé mort, il avait le cordon enroulé autour du cou. Pendant cette dernière gros-

sesse, la malade avait ressenti des douleurs semblables à des crampes, dans tout le côté gauche du corps. La dernière époque date de décembre 1886, et depuis, la femme se croit enceinte. Le 28 janvier, elle est prise brusquement de douleurs très vives dans le ventre, avec frissons et refroidissement des extrémités.

Sandler, qui la voit le jour même, constate qu'elle présentait tous les signes d'une hémorrhagie interne qu'il attribue à la rupture d'une grossesse extra utérine. Il attendit jusqu'au soir pour opérer, et se décida, après plusieurs nouvelles hémorrhagies internes. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'est produit un écoulement de sang liquide et de suite l'opérateur se mit à la recherche de la trompe gauche, y trouva une perforation, la réséqua et la lia. Il procéda alors à un lavage du péritoine avec le sublimé, et à l'extraction des caillots. L'opération avait duré une demi-heure. Il n'y eut pas de complications à la suite. La malade put reprendre sa vie habituelle trente jours après.

Obs. LIV. — Bernutz et Goupil. *Clinique méd. des maladies des femmes.* Tome I, p. 525. — *Grossesse de six semaines. Chute sur les genoux. Six heures après, douleurs vives dans le bas-ventre du côté gauche, pendant vingt-huit heures. Métrorrhagie. Puis ventre gros, tendu ; nausées, sueurs froides, pâleur extrême. lipothymies, dyspnée, intelligence parfaite. Mort le troisième jour. Sang épanché dans l'hypogastre. Rupture de la trompe, siège d'une grossesse tubaire.* — En ouvrant le ventre du cadavre, à peine eus-je fait une petite ouverture au péritoine, qu'il rejaillit du sang de la cavité du ventre avec beaucoup d'impétuosité, tant elle en était pleine ; aussi trouvai-je plus de quatre pintes de sang épanché, qui était noir et liquide, hormis une petite portion qui était caillée et adhérente au ligament large gauche de la matrice.

Je vidai tout le sang épanché pour connaître la partie dont il s'était écoulé. Après un petit examen des parties contenues dans la cavité du ventre, j'y aperçus une déchirure de cinq lignes au-dessous de son pavillon. Alors je conçus aisément que la douleur que cette femme avait sentie dans la partie gauche de l'hypogastre, avait été causée par le déchirement de cette trompe, qui est placée en cet endroit.

Je remarquai dans cette trompe, à l'endroit de la déchirure, un corps rond et transparent en partie, d'un pouce et demi de diamètre, que je trouvai dans la suite être un fœtus qui nageait en une liqueur fort claire, contenue dans les membranes chorion et amnios. Le placenta de ce fœtus était attaché à la

surface inférieure de la trompe, et il était si grand, qu'il faisait seul plus de la moitié de ce corps.

La cavité de cette trompe,au lieu où elle était déchirée, avait un pouce et demi de diamètre. Ses parois y étaient plus épaisses que dans les autres parties, principalement où le placenta était attaché, Dans le reste de ce conduit, les parois étaient un peu plus épaisses que celles de la trompe droite; mais la première, depuis la déchirure jusqu'au dedans de la matrice, était plus étroite et plus dure que la dernière dans la même étendue.

Je remarquai dans les ovaires de cette femme autant de cicatrices que ses parents me dirent qu'elle avait eu d'enfants. De ces cicatrices qui étaient au nombre de cinq, il y en avait une dans l'ovaire gauche, au milieu de laquelle j'observai une ouverture ronde d'une demi-ligne de long, qui répondait à une cavité qui était ronde aussi, et qui avait deux lignes de diamètre. Il y a apparence que le fœtus dont il s'agit ici était sorti de l'ovaire par cette ouverture.

Je remarquai enfin, que le corps de la matrice était plus gros qu'à l'ordinaire, que ses parois étaient plus épaisses; que sa capacité était pleine de sang d'un rouge clair, quoique caillé; et que la surface de la matrice était percée d'un nombre infini de petits trous, où j'introduisis facilement une soie de porc; ces trous étaient pleins d'un sang vermeil que j'exprimai en forme de petites gouttes longues, lorsque je pressais entre mes doigts les parois de la matrice.

Obs. LV. — *Sixième grossesse. Coups sur l'abdomen; syncope, accidents inflammatoires. Métrorrhagies. Mort. Épanchement de sang trouvé dans l'abdomen; fœtus trouvé au milieu des caillots. Kyste fœtal tubo-ovarique rompu.* In Th. de Moreau. Paris, 1855, p. 13. — Une femme de 32 ans, mère de cinq enfants, reçut, dans la seconde semaine qui suivit sa sixième conception, un coup violent dans l'hypogastre. Les désordres produits par cet accident qui fut suivi d'une syncope, ne suffirent point pour déterminer l'avortement, mais provoquèrent l'inflammation des viscères contenus dans cette région. Des métrorrhagies qui se renouvelèrent à diverses reprises, des symptômes inflammatoires divers, des douleurs permanentes dans le bas-ventre, et enfin une dernière hémorrhagie firent périr la malade.

A l'autopsie, on trouva une grande quantité de sang épanché dans l'abdomen, en partie fluide et en partie coagulé. Un fœtus d'environ dix semaines fut trouvé dans un énorme caillot. L'utérus avait son fond contre le pubis

et son col appuyé sur le milieu du sacrum. Ce changement dans sa situation naturelle avait été déterminé par une tumeur placée au côté gauche de la matrice. L'examen attentif qu'on fit des parties contenues dans le petit bassin y montra d'abord des traces évidentes d'une violente et longue inflammation dont elles avaient été le siège, particulièrement à gauche, c'est-à-dire du côté de la tumeur. Celle-ci était constituée par l'ovaire, la trompe, et le ligament large, considérablement épaissis et modifiés dans leur structure. Les franges du pavillon de la trompe adhéraient intimement avec l'enveloppe de l'ovaire, et ces deux organes formaient ensemble un kyste dont la distension par le corps qui y était contenu avait déterminé la rupture.

Au milieu de l'ovaire, on trouva le corps jaune, entièrement détaché des parties environnantes.

Obs. LVI. — Siredey. Th. inaugurale. Paris, 1860, p. 98. — *Péritonite ancienne. Grossesse tubaire. Excès vénériens. Hémorrhagies intrapéritonéales. Mort après quarante-huit heures.* — Augustine S..., âgée de 28 ans, est entrée le 12 août à l'hôpital St-Antoine, salle Ste-Thérèse, n° 15 (service de M. Aran). Cette femme, mariée à 17 ans, a eu deux enfants, le premier il y a neuf ans, et le second, il y a trois ans et demi.

Seconde grossesse : l'accouchement eut lieu facilement, mais le lendemain se déclara une péritonite.

La malade se trouve mal depuis le 9 août ; elle s'est refroidie la veille, a été mouillée pendant que le corps était en sueur et qu'elle avait ses règles ; indigestion, douleur à l'estomac, vomissements de matières alimentaires et billieuses, le tout avec très vive douleur épigastrique ; puis, quelques heures plus tard, surviennent des douleurs au bas-ventre, et les règles s'arrêtent.

Le 11 au soir, le pouls, petit, bat 120 fois à la minute ; peau chaude, soif ardente, vomissements porracés, ventre ballonné, surtout en bas, et très douloureux à la pression. On applique vingt-cinq sangsues ; cataplasmes, onguent napolitain belladoné ; à l'intérieur, quatre pilules d'opium et suppression des boissons.

Le 12, il n'y a eu qu'un vomissement le matin, après l'ingestion d'un verre d'eau sucrée ; 112 pulsations, 26 respirations ; les lèvres et la langue sont sèches ; soif vive, aucun appétit. Le ventre est sensible dans sa moitié inférieure, surtout au voisinage du petit bassin ; l'hypogastre et la fosse iliaque droite sont le siège de douleurs plus aiguës ; le vagin est très chaud et baigné de mucosités. Le toucher vaginal fait reconnaître que le col utérin

est porté en arrière, le corps de l'utérus en antéflexion très prononcée, et qu'il y a une dépression très marquée du cul-de-sac vaginal latéral gauche; de ce côté l'utérus est adhérent, et immobilisé par une tumeur que l'on rencontre également par le toucher rectal, qui fait reconnaître qu'elle est très élevée. On n'entend rien d'anormal au cœur; mais sur les parties latérales du cou, bruit de souffle. Glace sur le ventre; quatre pilules d'extrait thébaïque et frictions mercurielles.

Le 28, il y a toujours de la chaleur dans le vagin, de la rénitence dans les culs-de-sac; l'utérus est toujours fixé à gauche, le col volumineux et boursouflé; on sent une rénitence profonde dans la fosse iliaque gauche; le toucher rectal fait encore reconnaître une tumeur immobilisant l'utérus à gauche.

La malade sort dans cet état.

Elle rentre à l'hôpital le 14 novembre.

Depuis sa sortie, elle a toujours souffert, surtout au moment des règles; les flueurs blanches sont continuelles. Elle a fait des excès de travail et de coït; elle a eu ses règles il y a un mois; depuis elle a toujours perdu du sang, quoique en petite quantité.

Le dimanche 13 novembre, veille de son entrée à l'hôpital, elle fait un excès de travail, de très vives douleurs de reins la forcent à se mettre au lit, et dans la même nuit, malgré d'horribles douleurs, elle subit six approches sexuelles, à la suite desquelles survint une syncope très prolongée, puis des vomissements verts porracés. Le ventre est extrêmement doulondouloureux, distendu. La malade est portée le matin à l'hôpital, pâle, exsangue, dans un état de syncope; le ventre très douloureux et ballonné; le pouls est filiforme, avec 158 pulsations et 40 respirations; refroidissement des extrémités. Le col de l'utérus est porté un peu en avant; en arrière, le doigt rencontre un sillon, puis une petite tumeur arrondie, convexe, que l'on croit être le fond de l'utérus; le toucher vaginal ne fait pas reconnaître d'autre tumeur appréciable que celle-ci. On soupçonne bien une hémorrhagie interne, mais on ne trouve pas de tumeur indiquant l'hématocèle. Le toucher rectal est extrêmement douloureux; il fait reconnaitre des brides et des adhérences, surtout à gauche; le doigt croit sentir le fond de l'utérus plongeant dans la cavité du sacrum. Vin de Bordeaux, 25 centigr. d'opium en cinq pilules; boules chaudes aux pieds.

Au bout de quelques heures la malade se réchauffe, mais reste sans uriner. Cathétérisme.

Le pouls est toujours petit et misérable, marquant 100 pulsations; il y a

quelques vomissements verts, porracés ; la pâleur es extrême ; il y a des douleurs très vives dans le ventre.

Dans la nuit, l'asphyxie commence, et la malade succombe dans la journée du 15 novembre, après une longue agonie.

*Autopsie*, faite le 17, trente-six heures après la mort.

En pratiquant le toucher vaginal sur le cadavre, on trouve le col d'un volume médiocre, porté en avant, le corps, au contraire, porté en arrière et fixé à gauche, quoique possédant encore quelques mouvements.

L'abdomen est considérablement distendu ; quand les parois sont incisées, un sang noir, liquide, s'en échappe ; il est accumulé en grande quantité (environ un litre et demi) dans les fosses iliaques, les flancs, et remonte même jusqu'au diaphragme. On trouve un énorme caillot pesant environ un kilogramme dans la cavité du bassin, qu'il dépasse de plusieurs travers de doigt ; du sang liquide remonte jusqu'à la face supérieure du foie. Cet organe est mou, exsangue et décoloré, ainsi que les poumons, la rate et les reins ; il est très petit, ainsi que la rate.

L'énorme caillot dont nous venons de parler représente en liquide le volume d'un litre de sang environ ; il est entièrement noir et mou. L'utérus est couché dans la cavité du sacrum, la cavité pré-utérine de l'excavation pelvienne est considérablement augmentée ; c'est là qu'a eu lieu l'accumulation du sang. En renversant le cadavre, nous voyons ce gros caillot qui occupait le bassin se détacher en masse de lui-même, ce qui montre qu'il n'y avait aucune adhérence pour le retenir ; il en reste pourtant quelques débris fixés aux annexes de l'utérus, du côté droit.

Les cordons sous-pubiens sont considérablement hypertrophiés ; le ligament de l'ovaire gauche a entièrement disparu, l'ovaire semble se détacher presque directement du tissu utérin. L'ovaire gauche et la trompe du même côté adhèrent ensemble ; ils sont couchés sur la partie latérale gauche de l'utérus, la trompe étant placée en avant et au-dessous de l'ovaire. Le pavillon de la trompe n'est pas oblitéré, il est un peu teint de sang : par la pression, on en fait sortir une gouttelette d'un liquide blanc et opaque. Des fausses membranes anciennes et résistantes soudent l'ovaire et la trompe au ligament large de ce côté. Ces organes présentent un épaississement considérable ; leur membrane externe est comme fibreuse. L'ovaire mesure environ 3 centim. de longueur sur 1 d'épaisseur ; il est criblé de cicatrices et présente de petits kystes à sa surface. Son tissu est presque charnu et parsemé de quelques caillots sanguins d'ancienne date. La trompe de ce côté est flexueuse, dilatée, remplie d'un liquide crémeux, que l'on fait sortir en pressant la trompe.

Au côté droit, on trouve dans le sillon profond, entre l'ovaire et la face postérieure de la trompe, un caillot qui paraît s'échapper d'un renflement gros comme une petite noix, violacé, et formé aux dépens de la trompe, au voisinage de son émergence des parois utérines. La trompe et l'ovaire sont soudés par d'anciennes adhérences, épaisses et résistantes, formant une masse solidaire avec l'utérus.

L'ovaire droit a quatre centimètres de longueur ; son pédicule est extrêmement court, sa surface criblée de cicatrices ; il contient deux corps jaunes, l'un à sa surface, l'autre en son milieu. La trompe du même côté est très épaissie, et pleine d'un liquide opaque et crémeux. La tumeur signalée plus haut est évidemment formée aux dépens de la cavité de la trompe ; le caillot existant entre celle-ci et l'ovaire correspondant, provient d'une déchirure de la petite tumeur déjà décrite, déchirure de forme allongée de 8 millim. environ de longueur. La tumeur contient du sang très noir, et une substance décolorée, adhérente qui, à première vue, a été considérée comme un débris placentaire. Cette opinion a été confirmée par M. Robin, qui a bien voulu examiner cette pièce au microscope ; M. Robin a pensé que l'embryon était âgé de trois à six semaines.

A la réunion de son corps avec le col, l'utérus présente une sorte d'étranglement ; il est mou, flexible dans tous les sens ; il mesure 85 millim. verticalement, sur 45 entre les insertions des trompes. Les diamètres du col sont : le transversal, 3 centim. ; l'antéro-postérieur, 28 millim. L'orifice du col laisse échapper un mucus opaque, et présente des traces d'ulcération. La plus grande épaisseur de l'utérus est de 3 centim. d'avant en arrière ; sa membrane interne est fongueuse, épaisse, brunâtre, baignée d'un liquide sanguinolent, comme infiltrée de sérosité, et présentant en un mot tous les caractères propres à un utérus gravide. L'épaisseur de cette muqueuse est de 5 à 6 millim. ; la paroi antérieure de l'utérus mesure 12 millim., abstraction faite de la muqueuse. La cavité du col a 30 millim. de longueur ; celle du corps, 37.

Obs. LVII. — Fauvel. *Bulletin de la Société anatomique* de Paris (XXXe année, p. 355, 1855). — *Hémorrhagie cataclysmique par rupture de la trompe.* — Dame de 28 ans, de bonne santé habituelle, est prise de ménorrhagie, puis de métrorrhagie continuant sans interruption. Tout à coup, après émotions morales, elle est prise de douleurs abdominales, défaillances, de lipothymies.

Mort au bout de quelques heures (12 à 15).

*Autopsie.* — Après l'incision de la paroi abdominale, un flot de sang s'écoula et l'on trouva des caillots volumineux remplissant le petit bassin. Tous les organes étaient sains, sauf la trompe gauche qui présentait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, où existait une déchirure ayant donné lieu à l'hémorrhagie.

OBS. LVIII. — JOUSSET. Essai sur les hématocèles intra-péritonéales. Th. Paris, 1883, p. 124. — *Hématocèle consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire.* — Une femme de 20 ans, reçue à l'hôpital de Guy à Londres, présentait des symptômes qu'on ne savait à quoi rapporter, quoiqu'on vît bien qu'ils ne dépendaient de la désorganisation d'aucun viscère de la poitrine et de l'abdomen.

La maladie datait de six mois, elle avait pris depuis trois mois un caractère plus violent. Le symptôme le plus constant était une évacuation fréquente d'une substance coagulée brune.

Il y avait aussi de la dyspnée, et assez souvent une insensibilité de l'abdomen. La malade mourut dix-sept jours après son entrée à l'hôpital.

A l'*autopsie*, on trouva dans l'abdomen de nombreuses adhérences qu'on reconnaissait pour être plus ou moins anciennes les unes que les autres. Dans le côté gauche de la région inférieure de cette cavité, les adhérences étaient si nombreuses et si étendues qu'elles circonscrivaient une cavité complète entre la courbure iliaque du côlon, le rectum, la vessie et les parois antérieures et latérales de l'abdomen, cavité dans laquelle se trouvait un fœtus bien conformé, d'environ trois mois, avec son placenta. Cette cavité communiquait par deux ouvertures avec le rectum et la courbure iliaque du côlon. L'utérus était sain et sans vestige d'épichorion; l'une des trompes formait un sac à parois minces, déchirées et abaissées sur elles-mêmes, traces évidentes du séjour dans lequel s'était antérieurement développé le fœtus.

(Observation extraite du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. V, p. 6. Des grossesses extra-utérines par Dezeimeris; indiquée comme provenant de Bright. Froriep's Notizen aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde, t. XXIV, et Kleinert's repertorium, avril 1830, p. 94.)

OBS. LIX. — HEURTAUX. In thèse de VOISIN. *Hématocèle péri-utérine.* Paris, 1858, p. 116. — *Hématocèle par hémorrhagie tubaire ou par reflux sanguin.* — La nommée C..., 38 ans, salle Ste-Claire, n° 11, hôpital Lariboisière, service de M. Oulmont; réglée à 14 ans, sans accidents; enfant il y a treize ans. Pas de maladies antérieures.

Malade depuis deux mois et demi. Dix jours après une époque menstruelle, métrorrhagie qui dure une vingtaine de jours : sang tantôt liquide, tantôt en caillots, et dans ce cas, il y avait des coliques internes. Vers le vingtième jour (époque menstruelle) douleurs hypogastriques violentes ; la malade se tort dans son lit ; ni frissons, ni vomissements, ni fièvre. Deux jours après, la malade s'aperçoit de l'existence d'une tumeur hypogastrique, moins grosse que celle qu'elle a actuellement. La perte s'est arrêtée quelques jours, puis a repris comme avant.

Affaiblissement, maigreur et pâleur marquée ; constipation habituelle ; miction fréquente et difficile.

17 août 1857. Ventre arrondi, assez douloureux à la pression. La palpation fait constater deux tumeurs ; l'une à gauche, remonte jusqu'au niveau de l'ombilic et plonge par son extrémité inférieure dans le bassin, où elle se réunit avec celle du côté opposé ; cette tumeur offre une dureté considérable, analogue à celle du cartilage. L'autre tumeur, à droite, offre une forme et une disposition analogue ; elle est moins volumineuse. Matité absolue à la percussion à leur niveau. Au toucher vaginal, on trouve une tumeur ronde, médiocrement dure, faisant saillir la partie postérieure du vagin et oblitérant presque ce conduit. Le col de l'utérus, sain, entr'ouvert, et rejeté en avant et en haut.

Le 27. Époque cataméniale. Le règles ne paraissent pas.

Le 29. La malade a éprouvé hier de grandes douleurs abdominales, avec envie d'aller à la selle, sans résultat.

Le 30. Œdème prononcé du membre inférieur gauche ; la jambe droite est légèrement tuméfiée.

Il semble que les deux lobes de la tumeur abdominale ont diminué de volume.

2 septembre. La tumeur droite a sensiblement diminué de volume et n'est plus douloureuse, l'autre est douloureuse et n'a pas varié.

Le 4. La tumeur vaginale est moins pâteuse que les premiers jours.

Le 10. Nausées ; un peu de diarrhée ; pas de fièvre.

Du 11 au 14. La diarrhée persiste.

Le 14. La tumeur vaginale paraît au toucher aussi volumineuse, mais elle est molle et presque fluctuante.

Le 18. La tumeur gauche a sensiblement diminué, elle est plus arrondie supérieurement ; pas de diarrhée depuis la veille.

Le 21. Diarrhée très forte hier ; les matières évacuées consistent en un mélange glaireux, ne contenant pas de sang, avec un ténesme très prononcé.

Le 23. La tumeur que l'on sentait à gauche a disparu presque complètement. La tumeur vaginale est remplacée par un petit noyau dur, en arrière et à gauche du col; pas de fièvre; la diarrhée persiste avec un peu de sang.

Les 27 et 29. La diarrhée continue dans les mêmes conditions.

3 octobre. La diarrhée est terminée; les tumeurs abdominales ont absolument disparu.

Le 6. Il persiste une faiblesse considérable; la malade accuse une douleur à la fesse gauche, qui est dure, rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression.

Le 10. La malade passe en chirurgie; phlegmon diffus de la fesse, largement ouvert par M. Chassaignac. Suppuration considérable, affaiblissement de la malade, fièvre hectique et mort le 20 octobre.

*Autopsie.* — On trouve en arrière de l'utérus, qui présente un aspect normal, des adhérences qui réunissent sa partie supérieure au rectum et à la partie inférieure de l'S iliaque, à la demi-circonférence du détroit du bassin et à une anse de l'intestin grêle; en les détruisant on pénètre dans une cavité rétro-utérine.

A l'angle gauche de l'utérus il est une petite tumeur qui se continue d'un côté avec la trompe, de l'autre se perd dans les adhérences péritonéales.

La cavité rétro-utérine, dont nous avons donné les limites supérieures, est bornée en bas par le cul-de-sac péritonéal, on y reconnaît trois culs-de-sac principaux correspondant à la tumeur vaginale et aux deux tumeurs hypogastriques; cette cavité présente quelques cloisonnements incomplets; elle contient un liquide gris noirâtre, analogue à la suie délayée, et dans lequel le microscope nous a fait reconnaître les éléments altérés du sang.

En incisant la petite tumeur qui siège à l'angle gauche de l'utérus, on arrive dans une petite cavité contenant un liquide analogue. La partie antéro-interne, en entonnoir, communique avec l'utérus par un pertuis qui admet une soie de sanglier. On peut faire pénétrer un stylet par la partie postérieure de cette cavité dans le kyste sanguin rétro-utérin.

La trompe droite présente une lésion analogue, mais beaucoup moins prononcée.

Le rectum a quelques ulcérations dysentériques superficielles en voie de réparation; ces ulcérations gris ardoise, finement injectées, n'intéressent que la muqueuse.

Obs. LX. — Hollstein. *Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 795, année 1888. — *Hématocèle intrapéritonéale consécutive à la rupture d'une gros-*

*sesse tubaire de* 2 *mois* 1/2. *Laparotomie in extremis. Guérison.* — Femme de 37 ans, chez qui l'on diagnostique, le 13 décembre 1886, une grossesse tubaire de 2 mois 1/2 à droite. A partir de ce moment, la tumeur n'augmente pas : on admet la mort du fœtus.

Le 13 janvier 1887, signes d'hématocèle ; le 15, on constate en arrière de l'utérus, une tumeur diffuse ; en même temps on voit du sang sortir par le vagin.

Le 20, signes d'hémorrhagie intense avec fièvre et augmentation du volume du ventre. L'état de la malade semblant désespéré, on hésite à pratiquer une opération. Cependant le 26, on fait la laparotomie in extremis. En ouvrant l'abdomen, on voit sortir une quantité de sang noir liquide ; on coupe les adhérences épiploïques pour pénétrer dans la cavité de l'hématocèle que l'on vide de caillots noirs et où l'on trouve l'œuf. On enlève la trompe qui est déchirée et dont les parois sont épaissies. La grossesse a été primitivement tubaire. Malgré l'extrême faiblesse de l'opérée, malgré une suppuration prolongée, la guérison est obtenue. La malade sort guérie le 14 avril.

Obs. LXI. — *Hématocèle rétro-utérine. Kyste de l'ovaire droit. Grossesse intra-utérine. Castration double.* (Observ. inédite due à M. Tuffier.) — Desch..., Eugénie, 30 ans, blanchisseuse, entre le 2 décembre 1891, salle Huguier, lit 14 *bis*.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort, 64 ans, de refroidissement. Mère bien portante. Une sœur maternelle dont le père est mort tuberculeux.

*Antécédents personnels.* — A 5 ans, gourme à la tête, à 6 ans variole. Réglée à 11 ans 1/2. Menstruation régulière depuis. Toujours bien portante.

Mariée à 22 ans. Premier accouchement à terme dix mois après, 15 jours après, métrorrhagie abondante sans aucune conséquence ; depuis santé parfaite.

A la fin de novembre 1889, elle est prise de douleurs atroces dans le ventre à la suite d'une fatigue prolongée, dans l'intervalle de ses règles. Le médecin ordonne des injections ; guérison complète après 8 jours. Un an après à la même époque, elle a été opérée à Broussais pour un polype du nez. Le lendemain de l'opération, elle a été de nouveau prise de douleurs dans le ventre, s'irradiant dans l'aine droite. Un médecin consulté, lui dit qu'elle avait une métrite : tamponnements du vagin avec lanières de glycérine iodoformée ; injections chaudes. Même état jusqu'à fin novembre 1891, époque à laquelle elle a été prise de douleurs dans le ventre. Suppression des

règles pendant 2 mois, immédiatement après les douleurs; puis pendant six semaines consécutives, pertes abondantes de sang et de caillots.

Le médecin croit à une fausse couche et ordonne des injections chaudes. Le 2 décembre, à bout de forces, elle rentre à Beaujon, salle Huguier.

*État actuel.* — Douleurs spontanées dans le flanc droit. Au palper abdominal on sent dans la fosse iliaque droite un peu d'empâtement et la région est très sensible à la pression; par le toucher vaginal on sent les cul-de-sac latéral droit et postérieur remplis par une masse qui efface presque tout le col. Utérus peu mobile, col dur, lisse, fendu; lèvre antérieure proéminente. Par le toucher rectal, on sent une tumeur qui bombe sur sa paroi antérieure.

*Opération*, le 9 décembre. — Incision médiane. Libération des adhérences; on retire quelques caillots de sang et une grande quantité de liquide sanguinolent. Du côté droit, kyste en dehors de la trompe, ablation des annexes de ce côté. Dans la trompe du côté droit, on trouve une petite poche contenant un caillot de la grosseur d'un œuf de poule.

Adhérences solides des annexes gauches; libération, ligature au ras de la corne utérine et ablation.

Le cul-de-sac de Douglas était rempli par des caillots en abondance.

Toilette sans drainage.

Suture à 4 étages de la paroi abdominale. Suites favorables. Guérison rapide.

*Examen des pièces.* — Au-dessous du pavillon déchiqueté et faisant corps avec lui se trouve une poche, de la grosseur d'une mandarine et dont les parois épaisses de trois millimètres sont tapissés par des caillots cruoriques.

En avant du pavillon et de cette poche sanguine se trouvent aussi deux autres cavités superposées et séparées l'une de l'autre par une sorte de cloison; la première de ces cavités a le volume d'une bille à jouer, et ses parois sont tapissées par des lamelles blanchâtres stratifiées et présentant des points rougeâtres dus probablement à de petits dépôts sanguins. La deuxième, grosse comme une noix, présente des parois analogues à la précédente et toutes deux se laissent détacher facilement du canal auquel elles sont réunies par de nombreuses fausses membranes.

Obs. LXII. — Le Dentu. *Grossesse tubaire du côté gauche. Rupture. Hématocèle rétro-utrine. Laparotomie. Guérison.* (Extr. de la clin. de M. le professeur Le Dentu à l'hôp. Necker. In *Gazette médicale* de Paris, 7 mars 1891, p. 109.) — La malade qui fait l'objet de cette observa-

tion a eu trois enfants après des grossesses et des accouchements normaux, a joui, jusqu'au mois d'août dernier, d'une excellente santé ; sa menstruation était régulière et périodique ; il n'existait chez elle aucun trouble génital. Pour la première fois au mois d'août, les règles subirent un léger retard de quatre jours, qui se reproduisit dans le courant de septembre. En octobre, neuf semaines avant l'entrée de la malade dans mon service, des symptômes plus graves éclatèrent subitement, elle fut prise de douleurs vives dans le flanc droit, et perdit connaissance. Mais ces accidents furent de courte durée ; sortie rapidement de son état lipothymique, la malade ne souffrit violemment que pendant quelques heures. Et l'on peut dire que la même soudaineté qui avait marqué le début des douleurs, marqua aussi leur disparition. Cependant le lendemain, une assez grande quantité de sang noir s'écoula par la vulve ; cette métrorrhagie dura huit jours, puis cessa, mais elle ne tarda pas à se manifester de nouveau, pour disparaître encore, de telle sorte que sept semaines durant, notre malade perdit par intermittences du sang en quantité variable, l'hémorrhagie subissant au moment de la période menstruelle, une notable recrudescence.

C'est le 24 novembre que je pratiquai pour la première fois l'examen. L'utérus était dévié à droite et, en avant, au-dessus de son bord droit, je sentais l'ovaire droit qui était en prolapsus ; la trompe du même côté, fuyant sous le doigt explorateur, échappait à l'examen. A gauche, il était facile de percevoir par le toucher vaginal une tumeur ovoïde, du volume d'un gros œuf, jouissant d'une certaine mobilité, et refoulant la matrice qu'elle avait déplacée en se développant derrière elle.

Je diagnostiquai une dilatation de la trompe gauche, mais ne voulus point me prononcer sur sa nature et son origine. J'éliminai cependant l'hydrosalpinx et le pyosalpinx, car il manquait à cette affection la métrite antérieure qui marque l'origine et le début de la salpingite inflammatoire. Je pensai que la trompe, transformée en kyste, contenait du sang, mais ne préjugeai en rien la cause de cette lésion, et conclus que l'extirpation de la tumeur par la laparotomie s'imposait. Je dois dire que la possibilité d'une grossesse extra-utérine me vint à l'esprit, j'interrogeai la malade ; ses seins n'avaient pas grossi, ses règles, quelques modifications qu'elles eussent subies, ne s'étaient pas taries ; il n'existait ni nausées, ni vomissements. Je rejetai mon hypothèse. Et pourtant, comme il me restait quelque doute, le matin même de l'opération, je priai M. Pichevin, moniteur de gynécologie dans mon service, d'interroger à nouveau notre patiente. Elle lui confessa que son veuvage ne l'avait point empêchée de s'exposer à la grossesse, que ses seins

avaient augmenté de volume, qu'elle avait vomi, qu'elle se croyait enceinte mais qu'elle n'avait pas osé en faire l'aveu. M. Pichevin se prononça très fermement, sur ces symptômes, pour l'existence d'une grossesse extra-utérine. Et l'événement est venu lui donner raison. Le même jour en effet j'ouvris le ventre et je rencontrai dans le petit bassin un kyste, qui, libre de toutes connexions avec les organes voisins, adhérait pourtant au cul-de-sac de Douglas ; dans la partie inférieure de ce cul-de-sac, étaient logés plusieurs caillots fibrineux piquetés de rouge, qui n'avaient pas la couleur noire uniforme des caillots nouveaux ni la teinte blanc rosé des caillots déjà vieux ; ils étaient, sans doute, le produit d'une hémorrhagie relativement récente.

A mon avis, cette hémorrhagie remonte à l'époque où la malade a présenté sa crise de douleurs aiguës. A ce moment le kyste tubaire rempli de sang, s'est rompu dans le péritoine. Je sais bien que les douleurs ont été surtout vives du côté droit, mais c'est là un fait qui n'est pas très rare en chirurgie abdominale, et vous verrez assez souvent le siège de la réaction douloureuse du péritoine ne pas correspondre à celui de la lésion. Ce kyste, messieurs, était un kyste fœtal, et la déchirure des parois qui a permis l'irruption du sang dans la cavité péritonéale, a aussi permis la chute de l'embryon dans le cul-de-sac de Douglas, où il est mort et s'est atrophié. Dès ce moment le cours régulier de la grossesse a été interrompu, et les symptômes qui avaient signalé son début ont disparu ; elle était alors à la sixième semaine de son évolution.

Une laparotomie assez facile, contrariée seulement par les quelques adhérences que je vous signalais tout à l'heure, nous a permis d'extraire de la cavité abdominale cette tumeur fœtale, dont nous avons fait un examen scrupuleux. La paroi externe du kyste était formée par la trompe dilatée en deçà du pavillon ; la paroi interne par une membrane sur laquelle on a reconnu tous les caractères de l'amnios ; entre les deux, se trouvaient quelques caillots lamelleux ; enfin, sur un point de la paroi centrale, quelques villosités choriales encore jeunes, puisque l'interruption du cours de la grossesse les avait arrêtées dans leur développement.

Obs. LXIII — *Hémato-salpinx gauche rompu dans le cul-de-sac de Douglas. Hématocèle rétro-utérine consécutive. Grossesse extra-utérine tubaire probable. Salpingite parenchymateuse droite. Lavage Mickulicz. Guérison. Opéré le 28 octobre.* (Observation inédite due à M. le Dr Pozzi, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.) — B..., Marie, 35 ans. Antécédents nuls. Réglée à 14 ans. Rhumatisme articulaire à 15 ans,

garde le lit trois mois, pendant ce temps les règles disparaissent, elles ont reparu ensuite, mais peu abondantes et irrégulières.

Mariée à 25 ans : règles redeviennent normales. Première grossesse à 26 ans.

2e grossesse 11 mois après, couches normales, trois autres grossesses à deux ans d'intervalle chacune; depuis la dernière qui date de 18 mois, douleurs dans le bas-ventre consécutives à une hémorrhagie grave de la délivrance.

A la fin de 1889, les règles deviennent hémorrhagiques, durent 15 jours; depuis ce temps la malade souffre beaucoup du ventre, elle est sujette à de véritables crises qui ont compromis son état général.

*Examen.* — Col dur dirigé en arrière, un peu abaissé ; à la palpation bimanuelle on constate que le corps de l'utérus est dévié à droite et en avant. Dans le cul-de-sac de Douglas, intimement unie à la face postérieure de l'utérus, existe une grosse tumeur (tête de fœtus à terme) globuleuse occupant tout le cul-de-sac postérieur et empiétant sur les culs-de-sac latéraux.

*Diagnostic.*— Oophoro-salpingite kystique dans le cul-de-sac de Douglas avec soupçon d'apoplexie récente et de grossesse extra-utérine.

*Opération.* — A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur une tumeur adhérant à la face postérieure de l'utérus, et occupant le cul-de-sac de Douglas.

En la décortiquant très péniblement M. Pozzi la rompt, car elle est très friable et de nombreux caillots couleur chocolat se répandent dans le ventre; on achève de décortiquer et on amène à l'extérieur une masse qui contient les annexes gauches et dont le pédicule est formé par la partie interne de la trompe gauche.

L'ovaire situé au-dessous est enlevé ensemble et à part.

A droite on l'enlève la trompe et l'ovaire peu hypertrophiés, mais altérés et adhérents.

*Examen des pièces.* — A gauche, trompe épaissie dans sa moitié utérine, et remplie par une tumeur grosse comme un œuf de pigeon dans son tiers externe. Celle-ci se continue avec les débris de la tumeur hématique qui s'est fragmentée pendant l'opération et qui était limitée par une épaisse fausse membrane.

En sectionnant la trompe on voit dans sa 1/2 externe un gros caillot cohérent de couleur rouge framboise piqueté de parties fibrineuses; il est adhérent à la partie dilatée de la trompe amincie (grossesse tubaire).

Au delà, on voit le tissu de la trompe se continuant directement à l'extérieur avec la paroi de l'épanchement sanguin formée par la fausse membrane,

mais à la palpation, on sent très bien la limite entre cette paroi épaissie et celle de la trompe épaissie.

Les caillots qui existent au delà de la trompe, paraissent beaucoup plus altérés (brunâtres et difíluents).

Il semble qu'il y ait eu là un hémato-salpinx rompu dans le cul-de-sac de Douglas, avec enkystement d'une hématocèle rétro-utérine très limitée. Quant à la nature de l'hémato-salpinx, elle reste douteuse jusqu'à l'examen histologique.

Côté droit. Trompe épaissie, parois épaisses œdémateuses (salpingite catarrhale), pavillon intérieurement fusionné avec un lambeau de la poche hémorrhagique.

Ovaire scléro-kystique,

Obs. LXIV. Inédite, due à M. Tuffier.— *Pyosalpinx double. Hématocèle. Laparotomie. Ablation des trompes. Tétanos suraigu. Mort.* — La nommée F..., née à Guéret (Creuse), 26 ans, entre le 3 mars 1891, salle Huguier, n° 21 ; habite Paris depuis 2 ans.

Elle se plaint de douleurs de ventre dont le début remonte à 5 mois.

Traitée déjà à Beaujon pendant trois mois dans le service de M. Guyot pour pelvi-péritonite et salpingite. (Injections chaudes, bains salés.)

Sortie depuis 15 jours quand elle rentre dans notre service.

Le début eut lieu il y a cinq mois, brusquement, par une perte de sang qui se manifestait 15 jours après la venue normale des règles.

Mariée depuis 4 ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches. Accidents de cystite vers l'âge de 18 ans. Réglée pour la 1re fois à 16 ans. Vers 17 ans fièvre typhoïde qui amène à sa suite des irrégularités menstruelles et depuis jamais plus les règles n'ont été régulières.

Pertes blanches assez fréquentes dans l'intervalle des règles.

N'a jamais eu de perte de sang, si ce n'est celle d'il y a 5 mois qui a duré près de 60 jours environ ; chaque jour la malade perdait un peu de sang.

Au début : douleurs de ventre très vives qui empêchent tout mouvement. Ventre extrêmement douloureux à la pression, très ballonné et dur, vomissements alimentaires et bilieux. Obligée de garder le lit.

Actuellement (7 mars). Douleurs très vives dans le bas-ventre.

Depuis 10 jours environ la malade perd beaucoup de mucosités verdâtres, et depuis ce même temps elle accuse des douleurs dans les deux cuisses : douleurs intermittentes se produisant sous forme d'élancements.

Depuis hier soir perd des caillots sanguins. Depuis 10 jours, anorexie presque complète ; la diarrhée a remplacé depuis ce même temps la constipation qui était ordinaire. Soif continuelle.

Pas de sommeil à cause des douleurs de ventre qui paraissent plus intenses la nuit que le jour. *Urines* normales.

*Toucher.* — Utérus en antéflexion, volumineux. Col dévié du côté droit.

Dans le cul-de-sac droit et dans le postérieur on sent une tumeur dure fluctuante par places. Le palper combiné au toucher permet d'apprécier son volume qui est à peu près celui d'un gros œuf.

Ces manœuvres sont extrêmement douloureuses. Le toucher rectal permet de constater que le cul-de-sac postérieur est comblé par une tumeur qui ne fait qu'un avec la tumeur sentie dans le cul-de-sac latéral.

*Opération*, le 10 mars. — Laparotomie. Ablation des 2 trompes remplies de pus.

On retire les caillots sanguins qui sont dans le cul-de-sac postérieur.

Réunion par 1re intention. Guérison opératoire.

La malade est rapportée du pavillon d'isolement dans la salle où elle est prise le lendemain de tétanos suraigu qui amène la mort en 48 heures.

*Autopsie.* — Ne révèle rien de particulier.

Obs. LXV. — *Hématocèle rétro-utérine. Laparotomie et castration ovarienne.* Examen histologique des pièces par le Dr A. Pilliet. Observation communiquée par M. le Dr Richelot, in th. de Dagot (De la nature de quelques hémato-salpinx). Paris, 1891, p. 32. — La nommée Joséphine B..., femme G..., âgée de 30 ans, couturière, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, lit n° 19, le 6 décembre 1889.

*Antécédents personnels.* — Père mort de tuberculose pulmonaire à 45 ans. Mère morte à 68 ans, emphysémateuse et asthmatique.

10 enfants, dont 6 garçons et 4 filles : 2 garçons morts, l'un à 19 ans de variole, et l'autre à 21 ans de tuberculose pulmonaire. 1 fille morte également de tuberculose pulmonaire ; tous les autres se portent bien.

*Antécédents personnels.* — Dans l'enfance, fluxion de poitrine et rougeole. A 12 ans, petite attaque d'hystérie. A 17 ans, scarlatine bénigne. A 15 ans, premières règles. Ses règles retardaient, duraient huit jours, étaient très abondantes, non douloureuses. Leucorrhée. Premières approches à 19 ans. 2 enfants, le premier à 24 ans, le deuxième à 26 ans 1/2.

Pour le premier, la grossesse et l'accouchement n'ont été marqués par aucun accident. Suites de couches normales. Les règles sont revenues 5 mois après, bien qu'elle n'ait pas donné le sein à son enfant.

La deuxième grossesse fut accompagnée d'hydramnios et se termina à 7 mois par un accouchement prématuré. Délivrance artificielle 1 h. 1/2 après l'expulsion de l'enfant. Elle a gardé le lit pendant 3 semaines. Fièvre, mais pas de péritonite. Retour des règles au bout de 2 mois.

La malade nous dit avoir eu beaucoup de peine à se remettre de cette couche, qui remonte à près de 4 ans. Depuis cette époque, elle présente le matin à jeun des vomissements aqueux et bilieux extrêmement faciles, parfois teintés de sang. Pas de vomissements après le repas, malgré des digestions difficiles. Constipation habituelle. La menstruation est restée régulière, avec des retards tels que les règles font défaut parfois. Toujours abondantes et de longue durée.

Six mois après son deuxième accouchement elle éprouva brusquement au milieu de son travail une douleur atroce dans le bas-ventre. Obligée de prendre le lit immédiatement, elle pouvait se lever dès le lendemain et vaquer à ses occupations. Pendant ces trois dernières années elle a toujours souffert du ventre. Mêmes troubles menstruels. Anéantissement. Marche difficile. Exténuée après le moindre effort, anorexie, digestions laborieuses nervosisme. Au printemps dernier (1889), les douleurs hypogastriques ont augmenté ; depuis cette époque elle a été obligée de prendre le lit très souvent. Vers le commencement du mois d'octobre, après avoir eu des pertes sanguines abondantes pendant trois semaines, elle a eu une crise de douleurs très violentes dans le bas-ventre. Cette crise a duré 3 heures environ. Elle ne s'est pas accompagnée de métrorrhagie. A partir de ce moment, elle a été forcée de rester au lit. Les douleurs ont continué dans le ventre; quelques jours après, elle a eu de la fièvre et a éprouvé des pertes de sang, sous formes de gros caillots. Vomissements très fréquents. C'est dans ces conditions que la malade, après un séjour de cinq semaines chez elle, est entrée à l'hôpital Tenon, le 13 novembre, dans un service de médecine. Le 6 décembre, on la fait passer en chirurgie dans le service de M. Richelot. Les douleurs sont calmées, les pertes sont moins grandes. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Pâleur anémique. Abattement marqué. Toutefois, la malade paraît avoir une constitution assez forte. Rien au cœur et aux poumons. Urines normales.

L'examen gynécologique, pratiqué à plusieurs reprises, nous donne les renseignements suivants : Le ventre n'offre pas de développement notable. Le palper seul ne fournit pas de renseignements précis : pas de douleur; un peu de sensibilité dans les deux régions ovariennes, surtout à gauche.

*Toucher vaginal.* — Col légèrement porté en arrière et à gauche, gros.

assez largement ouvert, sans déchirure. Le doigt revient chargé de caillots. Dans le cul-de-sac postérieur existe une tumeur grosse comme une tête de fœtus de 7 mois, ronde, lisse, régulière, ferme, séparée du col par un sillon très net, peu douloureuse à la pression. L'utérus est mobile : les mouvements de bascule et de latéralité sont étendus. Seul, le mouvement d'élévation est limité. En combinant le palper et le toucher on obtient des notions plus précises ; le doigt étant appliqué sur le col et l'autre main sur l'hypogastre, on sent immédiatement au-dessus et derrière le pubis l'utérus, ou une tumeur qui lui est adhérente. Plus haut et en arrière, existe une autre tumeur, qui atteint presque l'ombilic et qui, du côté droit, se prolonge dans la fosse iliaque. Dans le cul-de sac antérieur se trouve une masse arrondie : c'est probablement le corps de l'utérus porté en avant, ou une tumeur implantée sur la face antérieure de l'utérus, un peu au-dessus du col. Les culs-de-sac latéraux sont libres et non douloureux. L'impulsion donnée au col se communique non seulement à la tumeur sus-pubienne, mais aussi à celle qui, située plus en arrière, remonte jusqu'à l'ombilic. En outre, toutes ces parties sont, dans les mouvements qu'on leur imprime, solidaires les unes des autres. La consistance appréciée dans ces conditions n'est pas celle d'un corps très dur. Ce n'est pas la consistance habituelle des fibromes; on ne trouve pas non plus la fluctuation, la mollesse, ou la rénitence propres à certaines tumeurs liquides.

*Toucher rectal.* — A travers la paroi recto-vaginale, on sent : 1° le col avec son orifice externe entr'ouvert; 2° la tumeur ronde du cul-de-sac postérieur, avec les mêmes caractères, plus nets toutefois. Entre le col et la tumeur on trouve le sillon signalé au toucher vaginal. Les mouvements se transmettent à la main abdominale, qui délimite la tumeur profondément au-dessous de l'ombilic.

*Spéculum.* — On saisit le col facilement. Le col gros laisse passer des caillots par son orifice externe ouvert. Pas d'éversion ni ulcération.

*Hystérométrie.* — L'hystéromètre flexible pénètre de 9 centim. dans l'utérus. Le manche doit être très fortement abaissé vers la commissure postérieure de la vulve. Il faut diriger le bec en haut, en avant et à droite. On sent ce dernier à travers la paroi utérine et la paroi abdominale, au niveau de la tumeur située directement au-dessus du pubis, ce qui prouve que cette tumeur est constituée par l'utérus repoussé ainsi par la tumeur du cul-de-sac postérieur, laquelle se prolonge en haut jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Toutes ces manipulations ne provoquent que très peu de réactions douloureuses dans le petit bassin.

Laparotomie le 7 décembre 1889, pratiquée par M. Richelot. Incision médiane et sous-ombilicale.

Le corps de l'utérus augmenté de volume est porté en avant et à droite. En arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, existe une masse friable, un magma, formé de caillots sanguins anciens ; au milieu la trompe et l'ovaire du côté droit, très gros et adhérents. Les adhérences sont rompues, du sang noir afflue en si grande quantité qu'on peut craindre un instant une hémorrhagie du petit bassin. Rapidement pour parer à cette dernière, les annexes droites sont liées avec un nœud de L. Tait et réséquées. La main plongée dans le petit bassin enlève de gros caillots; des éponges montées dessèchent le sang noir épanché dans le cul-de-sac de Douglas. Après un moment d'alerte, on s'aperçoit que ce sang est de date ancienne et provient d'une hématocèle rétro-utérine. Toilette minutieuse du petit bassin.

A gauche, même chaos, même magma de caillots de sang noir comme de la poix. Les annexes gauches, plus volumineuses qu'à droite, sont confondues aux milieu des caillots. Quoique adhérentes, elles sont assez facilement énucléées et réséquées.

Le petit bassin est débarrassé de tous les fragments de caillots qu'il renferme et lavé à grande eau. Les anses intestinales sont minutieusement explorées. On ne ferme le ventre qu'après s'être bien assuré que tous les débris ont été enlevés.

Surjet de catgut sur le péritoine et les plans musculo-aponévrotiques; suture de la peau avec des crins de Florence. Pansement iodoformé et ouaté compressif. L'opération a duré 1 heure. Les suites opératoires immédiates ont été parfaites. Pas de fièvre. Pas d'accidents péritonéaux. Les fils sont enlevés 25 jours après. Toutefois la convalescence a été assez longue et la malade n'est sortie que le 19 janvier 1890, plus d'un mois après l'opération. Dans la suite, nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de voir la malade : la guérison était parfaite à tous égards. Examen de la pièce à l'œil nu immédiatement après l'opération.

*Côté droit.* — La pièce est constituée par l'ovaire et la trompe, très distincts l'un de l'autre. L'ovaire a le volume d'une amande recouverte de sa coque verte; il en a la forme; sa surface est lisse. Sur une coupe, l'ovaire est blanchâtre, on voit la coupe d'un corps jaune. La trompe est dilatée, sinueuse, bleuâtre, molle et fluctuante, grosse comme l'index. Elle est perméable, et en pressant on fait sortir un sang noir par l'extrémité utérine, dont l'orifice est petit et étroit, admettant le stylet aiguillé. Le pavillon n'est plus distinct. Il adhère à l'ovaire et semble se continuer avec une coque qui

paraît constituée par des dépôts fibrineux. La trompe est remplie par du sang noir. La coque qui entoure l'ovaire se laisse décortiquer sans déchirure. Le ligament tubo-ovarique est épaissi, mais il ne porte pas trace d'inflammation ancienne.

*Côté gauche.* — La pièce est formée de deux parties. *L'une* est constituée par la trompe dilatée, renfermant un caillot gros comme un œuf de pigeon et ayant sa forme, se laissant détacher sans déchirure de la paroi, qui est rouge et congestionnée mais qui a gardé ses caractères distinctifs et notamment ses plis longitudinaux. La paroi de la trompe est très épaissie, englobée par sa surface externe de dépôt fibrineux. L'autre partie est constituée par l'ovaire, recouvert de dépôts fibrineux, et rattaché par un débris de ligament tubo-ovarique aux deux tiers externes de la trompe : le tiers interne de cette dernière est libre.

*Examen,* fait par M. Pilliet — La poche sanguine, du volume d'une mandarine, est située près de l'insertion utérine de la trompe. Le reste du canal est épaissi, mais présente sa muqueuse encore reconnaissable. Les ovaires des deux côtés sont scléro-kystiques. Dans la poche sanguine, le caillot est fortement adhérent à la paroi tubaire et quand on frotte les différentes couches de sang de façon à dénuder cette paroi, on la trouve très amincie. Les coupes pratiquées de façon à comprendre à la fois la muqueuse tubaire et l'insertion du caillot montrent les détails suivants : La muqueuse de la trompe présente des franges épaissies, mais encore recouvertes de leur épithélium. Ces franges cessent brusquement au niveau de l'insertion du caillot ; en ce point le chorion qui recouvre les muscles est lisse, mince et parsemé de grandes cavités sanguines et lymphatiques. De sa surface s'élèvent des prolongements grêles, qui limitent ces lacs sanguins. Ceux-ci présentent un aspect qui varie un peu suivant les différents points qu'on examine. On peut les rencontrer parfaitement délimités par ces prolongements et remplis de globules rouges sans fibrine. Dans leur intérieur pénètrent des villosités placentaires assez grêles et irrégulières, qui diffèrent des villosités du placenta en activité en trois points : d'abord elles sont très peu arborescentes et leurs ramifications sont rares et réduites à de courts moignons. Ensuite, au lieu de contenir plusieurs capillaires dilatés dans leur intérieur, elles n'en contiennent que très peu, et le tissu conjonctif à cellules étoilées prédomine. Enfin, la couche des cellules multinucléées de l'ectoplacenta est diminuée d'une manière considérable, et l'on ne rencontre plus que quelques cellules à noyaux multiples, aplaties de loin en loin sur la surface des villosités ou dans l'angle de leurs ramifications. On retrouve donc en ces points les carac-

tères essentiels du placenta ; mais ces éléments sont en voie d'atrophie. Sur d'autres points, l'aspect est notablement changé par suite de la diminution plus marquée des villosités et de l'intensité des hémorrhagies insterstitielles. En effet dans ces régions qui sont d'autant plus étendues que l'on s'éloigne de la face interne de la trompe, les préparations apparaissent découpées en îlots irréguliers, quelquefois très étendus, qui sont circonscrits par des bandes conjonctives extrêmement grêles et qui contiennent du sang à différents états de régression : pur ici, mélangé là de fibrine. De place en place, on rencontre encore une villosité en général volumineuse, arrondie ou ovalaire, sans bourgeonnements latéraux et qui doit représenter l'axe d'une végétation placentaire dont les bourgeons sont disparus. Elles ne contiennent plus de vaisseaux perméables, elles sont complètement fibreuses et les cellules étoilées y deviennent de plus en plus rares et disparaissent même complètement en certains points. Il n'y avait pas de fœtus dans la poche sanguine. La paroi de la trompe est très vascularisée comme nous l'avons dit. Les muscles lisses présentent un degré assez marqué d'hypertrophie de leurs fibres.

Obs. LXVI. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, octobre, novembre 1890, fasc. 18, p. 458. — *Hématocèle suppurée. Grossesse tubaire* (présentation de pièces). — MM. Regnault et Jayle présentent les organes pelviens d'une femme morte de péritonite purulente. Il existait dans le petit bassin deux poches : la première n'était autre qu'une hématocèle suppurée communiquant avec la trompe également suppurée par un orifice étroit et presque oblitéré ; on en avait extrait un fœtus de 10 centim. de longueur ; la seconde poche semble dépendre de l'ovaire et a ses parois tapissées d'une sorte de membrane épaisse, rougeâtre, d'apparence placentaire ; à l'intérieur existait un liquide citrin, mais pas d'embryon. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une nouvelle poche de grossesse extra-utérine.

Obs. LXVII. — *Grossesse tubaire. Hématocèle par rupture du kyste fœtal.* (Observation communiquée par M. Meyer, assistant M. le professeur Recklinghausen), in th. d'*agrégat.* de Poncet (Paris, 1878), p. 142. — Femme de 32 à 35 ans, couturière, non mariée, mais ayant déjà eu des enfants ; n'a plus eu ses règles depuis treize à quatorze semaines ; prise, trois ou quatre jours avant son entrée à l'hôpital, de fortes douleurs dans le bas-ventre, de faiblesses répétées et d'autres symptômes assez graves qui la forcent à entrer au service du docteur L...

On constate, par le toucher vaginal, l'existence d'une tumeur très tendue, dure, occupant le cul-de-sac postérieur du vagin et refoulant la portion vaginale de l'utérus, tout à fait en haut et en avant derrière la symphyse. Se fondant sur le résultat du toucher et sur l'état d'anémie générale, on diagnostique une hématocèle rétro-utérine. Au bout de peu de jours (je crois me rappeler, environ huit à neuf jours après le début des accidents), la mort survint, sans symptômes véritables de péritonite aiguë et plutôt par anémie.

*Autopsie*, douze heures après la mort. — Personne assez bien développée, assez grasse, excessivement pâle. Vergetures sur la face interne des cuisses, abdomen tendu, météorisé dans sa partie supérieure.

Au-dessus de l'ombilic ; au-dessous, au contraire, donnant un son mat à la percussion.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le côlon tranverse et les dernières anses de l'intestin grêle sont fortement distendues par des gaz, mais le revêtement péritonéal est lisse ; pas d'exsudat fibrineux ou purulent. Entre les anses intestinales, on recueille une trentaine de grammes d'un liquide brun rouge sanguin. Dans les parties déclives, le péritoine a pris une coloration ardoisée et est recouvert d'un sang épais, en très minces couches et présentant des cristaux pigmentaires. Toute la cavité du petit bassin est remplie par une tumeur très tendue, dure, qui en avant, recouvre complètement la vessie, vide et refoulée derrière la symphyse. Cette tumeur s'élève de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis dans la cavité abdominale. On ne trouve, au premier examen, pas trace de l'utérus ou de ses annexes. La tumeur est, du reste, si solide que l'on parvient à détacher toutes les parties molles du bassin sans la rompre. On constate alors que la vessie et le rectum sont intacts, ce dernier vide, tandis que le côlon descendant est rempli de matières.

L'utérus est augmenté de volume, allongé dans ses deux parties ; la cavité de l'utérus présente une muqueuse lisse, assez pâle ; pas de véritable caduque.

Entre l'utérus et le rectum se trouve la tumeur précitée ; elle est limitée latéralement par des replis membraneux, probablement les ligaments recto-utérins, et est entièrement close en haut par un diaphragme membraneux de nouvelle formation, que l'on est forcé d'inciser ; on tombe alors dans une vaste poche, remplie par du sang coagulé, brunâtre (1,500 gr.), que l'on peut, en quelque sorte, décortiquer et enlever en un seul bloc. Après avoir gratté les dépôts fibrineux de la paroi de ce sac, on constate sur la face postérieure une tumeur rosse comme un fort œuf de poule, insérée à peu près au niveau de l'S iliaque, vers la gauche. On ne découvre encore aucun ligament,

rien qui rattache cette tumeur directement à l'utérus. Cette tumeur a une surface lisse, dans laquelle on distingue de grosses veines ; vers son bord droit, cette tumeur présente une véritable déchirure de sa substance, et c'est évidemment ici le point de départ de l'hémorrhagie. On incise cette tumeur sur son milieu, couche par couche, et on tombe ainsi dans une poche à parois lisses, remplie par un liquide clair et dans laquelle on distingue un embryon déjà muni d'un cordon ombilical et que l'on peut estimer âgé de six à sept semaines (cœur non encore recouvert, membres à peine formés, etc.). Cet embryon est dans un état de macération considérable. Sa mort paraît donc antérieure de quelques semaines à l'accident ultérieur. Reste à déterminer la nature de cette grossesse extra-utérine.

On parvient avec beaucoup de peine à découvrir la trompe gauche ; cette trompe est intacte sur une longueur de huit à dix centimètres, puis se dilate et concourt à former le sac embryonnaire ; l'extrémité abdominale de cette trompe gauche est oblitérée et remplacée par un kyste du volume d'une grosse noix (hydrops tubæ). L'ovaire gauche est perdu dans d'*anciennes* adhérences péritonitiques, mais encore reconnaissable à la présence de plusieurs corps jaunes.

De même la trompe droite et l'ovaire de ce côté ne se laissent que difficilement retrouver et sont perdus dans des cordons fibreux très denses et évidemment anciens. On constate également la présence d'anciens *tractus fibreux* allant entre l'S iliaque, l'utérus et les parois pelviennes, et dont la solidité contraste clairement avec la fragilité et la friabilité des dépôts fibrineux qui tapissent la paroi interne du sac ainsi formé. Broncho-pneumonie à la base de chaque poumon.

Obs. LXVIII. — W. J. Lusk. Extr. d'un mémoire lu devant *l'Association méd. de l'État de New-York* le 25 septembre 1889. Trad. par le Dr S. Bonnet. In *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 503. — *Épanchement sanguin intrapéritonéal par rupture de la trompe gravide du côté gauche. Laparotomie ; œuf de 4 semaines. Guérison opératoire. Mort le 7e jour d'urémie.* — Mme K..., âgée de 36 ans, a eu 9 enfants à terme et 2 fausses couches ; tous ses accouchements ont été particulièrement faciles et sa santé générale bonne jusqu'au moment où je l'ai vue pour la première fois. Pas de trouble constitutionnel ni de douleur pelvienne antérieure dont elle se souvienne. Le 31 mai, sans prodromes, elle ressent une violente douleur suivie de pâleur générale et d'une syncope qui se prolonge plusieurs heures. Pendant quelque temps, le Dr Mc Sweney, médecin de la famille, perdit tout espoir de la voir se relever.

Le lendemain (1[er] juin) le D[r] Janeway et moi, sommes invités par le médecin à voir M[me] K..., en consultation avec lui. Nous la trouvons extrêmement anémiée, les lèvres blanches, le pouls rapide, dans un grand état de prostration, mais sans vive douleur. Elle nous dit qu'elle avait eu ses dernières règles six semaines auparavant et qu'elle se croyait enceinte. On ne pouvait douter d'une hémorrhagie centrale intra-péritonéale et l'idée d'une rupture de grossesse tubaire s'imposait. Il n'y avait cependant nul autre symptôme, c'est-à-dire ni coliques, ni écoulement séro-sanguinolent, ni expulsion de caduque. La présence de caillots dans le bassin empêchait l'examen des organes pelviens.

Nous croyons cependant, mes deux confrères et moi, reconnaître, sur le trajet de la trompe gauche, une tumeur du volume d'un œuf.

Le 2 juin, au matin, la malade est transportée à l'hôpital Saint-Vincent et on lui administre des stimulants. La laparotomie est pratiquée dans l'après-midi. Malheureusement on ne prit pas de notes au moment de l'opération ; mais celle-ci fut pratiquée comme dans le cas précédent.

La cavité abdominale contenait une grande quantité de sang liquide; le bassin était plein de caillots et on trouve la trompe gauche rompue sur sa face postérieure au-dessus du repli du ligament large.

La rupture avait été causée par un œuf de 4 semaines. A travers la déchirure on pouvait admirablement voir les villosités. L'opération fut extrêmement facile et dura à peine une heure 1/2. La malade réagit bien et, le soir, son état eut pu donner le meilleur espoir sans la constatation, dans son urine, de plus de 50 p. cent d'albumine. Les jours suivants, il n'y eut que peu ou point de fièvre, la temp. s'éleva à 103° F. le second jour seulement : pas de douleur, bon appétit ; mais persistance de l'albumine. Malgré cela la marche de la convalescence était telle qu'on pouvait considérer la guérison comme certaine. Le 7[e] jour, cependant, l'urine, qui s'était maintenue entre 500 et 1,000 gr., commença à diminuer et tomba à quelques onces qui se solidifiaient par l'ébullition. La mort par urémie survint le 8[e] jour.

Obs. LXIX. — W. J. Sinclair. *Vaste épanchement sanguin intra-péritonéal. Grossesse tubaire rompue. Laparotomie. Drainage. Guérison. Brit. Med. Jour.*, 21 janvier 1888, p. 127. — L'observation suivante est celle d'une malade de M. Priestley de Fallowfield, qui m'a procuré l'occasion d'intervenir. Elle se trouvait à quelque distance de chez elle lors de la rupture du sac. M. Priestley m'a remis les notes suivantes sur la vie de la malade avant l'opération.

La malade, M$^{me}$ X..., âgée de 30 à 35 ans, multipare, après avoir été régulièrement réglée pendant plus de 12 mois après la naissance de son dernier enfant, n'eut pas ses règles pendant une double période menstruelle, et il s'était écoulé une semaine depuis la seconde époque, quand débutèrent les symptômes suivants : Une semaine après le jour où ses règles manquèrent pour la première fois, il y avait eu un léger écoulement brunâtre qui cessa après deux jours de séjour au lit.

Le 15 février, elle eut besoin de prendre le train, mais à peine s'était-elle assise dans le wagon, qu'elle fut prise soudainement d'une douleur terrible, devint pâle, eut des vomissements, fut tout abattue. On la descendit du train à la station suivante et on la porta chez elle ; il avait fallu quelques minutes ; déjà son abdomen était distendu, et semblable à un tambour. La température était normale. Le 15 février, la douleur et le malaise persistaient ; elle se plaignait aussi de douleurs musculaires dans les membres. La douleur diminua dans la soirée sous l'influence d'un calmant. Le 17 février, la violente douleur abdominale reparut subitement, et un caillot de sang passa par le vagin. On administra beaucoup de morphine, et la douleur diminuait dans la soirée. Le 19 février, quatre jours après la première crise de douleurs, la malade était encore une fois prise d'une douleur abdominale très vive et immédiatement tombait dans le collapsus. Dans la journée, elle fut vue par M. Priestley et ensuite par le docteur Sinclair. Elle était alors revenue à elle. L'abdomen était très distendu, il y avait du tympanisme ; il était sensible partout, mais très sensible au-dessous des côtes des deux côtés ; il y avait une sensation de pesanteur dans les flancs des deux côtés et dans une zone d'un pouce environ au-dessus du pubis. L'utérus était élevé, et ses mouvements un peu gênés ; le ligament large du côté gauche paraissait épaissi et plus volumineux. Le col était mou, et l'écoulement du sang continuait toujours. Le pouls était de plus de 120, et très mou ; la température était à peu près normale. Diagnostic : rupture d'une grossesse tubaire.

Il fut décidé d'ouvrir l'abdomen et, si le diagnostic était reconnu exact, de procéder à l'arrêt de l'hémorrhagie par des moyens chirurgicaux, et d'enlever l'ovaire et la trompe, et l'œuf, si possible.

L'opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques que permettaient les circonstances. Il semblait à peu près certain que l'hémorrhagie s'était produite en plusieurs fois jusqu'à ce que la pression du sang ait atteint certaines limites et il y avait toute raison de craindre une nouvelle hémorrhagie qui pourrait être fatale si nous attendions jusqu'au matin. On procéda à l'opération immédiatement après notre consultation qui eut lieu dans la

nuit du 19 février. L'incision fut faite aussi rapidement que possible jusqu'au péritoine, et quand ce dernier eut été atteint, personne ne put plus avoir le moindre doute sur la nature de l'affection.

Quoique l'éclairage ne fût pas aussi parfait qu'on eût pu le désirer, la présence d'un liquide noirâtre derrière le péritoine était évidente. Aussitôt que le péritoine fut coupé, il s'écoula une quantité considérable de sang noir.

Quant le sang, dont l'écoulement était hâté par nos pressions sur les parois abdominales, eut cesser de couler, le ballonnement de l'abdomen avait complètement disparu, le ventre était tout à fait plat. Plusieurs poignées de caillots furent alors retirées du bassin et l'on put voir du sang artériel rutilant jaillir au milieu du liquide noir qui était demeuré.

Une nouvelle hémorrhagie était évidemment revenue. On trouva le sac à l'extrémité de la trompe de Fallope droite ; par son orifice, du sang s'écoulait avec grande abondance, provenant d'une nouvelle hémorrhagie.

On fit la ligature de la trompe et de l'ovaire d'après les procédés ordinaires, et on les enleva. On ne vit pas l'œuf.

Il n'était pas possible d'enlever tout le sang épanché parce que celui-ci s'étendait derrière chaque organe et remontait jusqu'au diaphragme. Le bassin fut nettoyé à l'aide d'éponges et tout le sang que nous pouvions atteindre fut enlevé par une solution saline (du sel de cuisine dans de l'eau bouillie 1/2 pour cent).

Une quantité considérable de liquide fut laissée dans le bassin, un large tube de Kœberlé placé, et la plaie abdominale fermée d'après les moyens ordinaires. Il était à prévoir qu'une grande quantité de sang et de liquide sanguinolent s'écoulerait du tube ; le pansement consista simplement en charpie trempée dans une solution de sublimé corrosif et roulée en plaque autour du tube. Ce pansement fut maintenu en place par une bande de flanelle bien appliquée.

Une grande quantité de liquide s'écoula dans le pansement et une grande quantité aussi à travers le tube. Le résultat fut tout à fait satisfaisant. Le liquide sanguinolent continua à couler pendant plusieurs jours, et la masse intestinale sembla mettre un plus long temps que d'ordinaire à reprendre sa place autour du tube et arrêter le libre écoulement du liquide dans le bassin.

La malade supporta bien l'opération, et bientôt présenta des signes d'amélioration. Le pouls qui était très fréquent et mou avant l'opération, tomba à 100 pulsations en douze heures; en deux jours il tomba à 90 et ne subit plus d'ascension. La température oscilla entre 99 et 100 F. pendant trois jours.

Durant ce temps survinrent des vomissements, et bien qu'ils continuassent depuis l'administration des anesthésiques, ils commencèrent à nous causer de l'inquiétude. Le pouls, cependant, resta satisfaisant. Du 24 février au 8 mars, la température oscilla entre 99 et 102 F. Il y avait une induration considérable du plancher du bassin à droite, avec une immobilisation partielle de l'utérus. Une induration pouvait aussi être sentie le long du ligament de Poupart à droite.

L'hémorrhagie venant de l'utérus, qui avait été à peu près continuelle, quoique légère, avant l'opération, disparut complètement jusqu'au mois de mars. Celle-ci se produisit avec les apparences des règles ; la veille, la température s'éleva pour la dernière fois à 102 F. Le tube en verre fut enlevé le 22 février ; il était resté en place un temps exceptionnellement long à cause de la persistance de l'écoulement des caillots désagrégés, et ces précautions étaient prises pour empêcher l'action nuisible de ceux-ci. Un tube de caoutchouc fut substitué à celui de verre ; il fut graduellement raccourci et facilement enlevé le 3 mars. Le reste de l'observation n'a rien d'intéressant, la malade s'améliora progresssivement, et le dernier bulletin à son sujet constatait sa guérison complète.

---

## Tableau clinique

Comme l'histoire clinique de l'hématocèle pelvienne a déjà été magistralemant traitée dans les travaux parus antérieurement, nous nous bornerons ici à en exposer les traits principaux. Ce chapitre sera une manière de transition entre l'étude de l'anatomie pathologique et celle du traitement.

L'hématocèle pelvienne est loin de toujours se présenter avec les mêmes caractères cliniques, et, si dans certains cas, les symptômes affectent un caractère insidieux et une allure lente, dans d'autres, au contraire, ils éclatent spontanément avec un cortège d'accidents des plus bruyants ; suivant l'expression de Robert Barnes, l'hématocèle est dite cataclysmique.

La femme est quelquefois atteinte dans un excellent état de santé, mais le plus ordinairement elle présente des troubles divers de la menstruation : c'est une aménorrhée qui ne date que de quelques semaines : ce sont tous les signes d'une grossesse qui ne ressemble pas aux précédentes, avec accompagnement de pesanteurs, de douleurs dans le bas ventre, un écoulement de sang peu abondant par le vagin, mais qui ne s'est pas arrêté pendant plusieurs jours.

Dans d'autres cas, les malades, après être restées pendant longtemps stériles, voient brusquement s'arrêter leurs règles qui jusque-là avaient été régulières ; puis à la suite d'une fatigue, d'un effort, d'un rapprochement, la crise éclate.

Une douleur (1) soudaine et violente, partant d'un des côtés de l'hypogastre et s'irradiant dans tout le ventre, un refroidissement général, une pâleur marquée de téguments, des nausées et parfois des vomissements, des syncopes, tous les signes enfin d'une hémorrhagie interne, tels sont les traits par lesquels se manifeste la rupture du kyste. Cet état va en s'aggra-

(1) MAYGRIER. — Th. agrég, Paris, 1886, p. 12 .

vant, le collapsus survient rapidement et la femme ne tarde pas à succomber. La mort est parfois instantanée ; mais souvent elle n'a lieu que quelques heures après le début des accidents. Les cas de ce genre sont malheureusement fréquents et de nombreuses autopsies en ont révélé l'existence.

Il s'y ajoute, mais pas toujours dès le début, une réaction péritonéale plus ou moins accusée. Le ventre se développe, devient volumineux, tendu, douloureux, il y a des nausées; plus tard des vomissements.

Dans les cas moins intenses, l'abdomen tuméfié est seulement douloureux et les sensations de défaillance sont fréquentes. Les jours suivants, si l'enkystement tend à se produire, il survient des poussées de pelvi-péritonite.

Enfin, dans une troisième catégorie de cas beaucoup plus fréquents qu'on ne croirait tout d'abord, l'hémorrhagie, d'une intensité moyenne au début, semble s'arrêter ; mais bientôt elle se renouvelle à intervalles plus ou moins rapprochés, et chaque récidive s'accompagne souvent de poussées de péritonite d'allure peu bruyante, il est vrai, mais qui, par leur répétition, arrivent à déterminer une issue fatale.

L'observation suivante que nous empruntons à la thèse d'agrégation de M. Maygrier en est un exemple frappant et remplace avantageusement toute description ; aussi n'hésitons-nous pas à la reproduire textuellement.

Le 20 novembre 1885, dans l'après-midi, on amena en brancard, à l'hôpital Lariboisière, la femme S..., concierge, âgée de trente et un an, atteinte, disait son entourage, de péritonite consécutive à une fausse couche remontant au mois de septembre.

Remplaçant par hasard l'interne de garde, je fus appelé à faire l'admission de cette malade et, frappé de la forme et de la consistance toute spéciale du ventre, qui rappelait celui d'une femme enceinte de 5 mois 1/5 à 6 mois, je pratiquai immédiatement le toucher ; il me fut impossible de sentir le col ; mais je trouvai l'excavation remplie par une tumeur qui me parut être le segment inférieur de l'utérus en rétroversion partielle ; en déprimant légèrement, je perçus très nettement une sensation de ballottement. Je fis immédiatement transporter la femme dans le service de M. Pinard qui, dès le lendemain matin, l'examina.

Voici ce que nous apprit cet examen : Deux accouchements à terme : enfants vivants ; l'un a onze ans, l'autre neuf. D'une bonne santé habituelle,

ayant toujours été bien réglée ; elle avait vu ses règles se supprimer depuis le mois de juillet. Vers le milieu de septembre, elle fut prise, sans causes appréciables, d'une métrorrhagie qui dura plusieurs heures. Un médecin appelé à ce moment lui dit qu'elle allait probablement faire une fausse couche, prescrivit le repos au lit et un lavement laudanisé. Le lendemain soir, se trouvant mieux, elle se leva et fut prise d'une nouvelle perte, bientôt accompagnée de douleurs expultrices et le soir même, 48 heures après la visite du médecin, elle fit une fausse couche. Elle expulsa un œuf un peu moins gros qu'un œuf de poule, dans lequel il fut impossible de découvrir un embryon. A la suite de cette prétendue fausse couche, la malade dut garder le lit presque constamment ; à plusieurs reprises, elle essaya de se lever et de reprendre son travail ; mais chaque fois elle vit les symptômes de péritonite, pour laquelle elle était soignée, acquérir une nouvelle intensité. Elle souffrait constamment dans le bas ventre, n'avait aucun écoulement vaginal, pas de troubles de la miction, ni de la défécation. Elle ne tarda pas à maigrir et à perdre ses forces. mais ce qui la frappait surtout, ainsi que son entourage, c'est que bien qu'elle eut fait une fausse couche, son ventre augmentait progressivement de volume, et qu'elle éprouvait les mêmes sensations qu'à ses premières grossesses.

Son état empirant, elle se décida, sur les conseils de son médecin, à venir à l'hôpital. A l'entrée, nous la trouvons amaigrie, le facies est légèrement grippé ; le pouls rapide et petit ; la température est normale. La malade pousse des plaintes continuelles et ressent constamment des douleurs occupant toute la région sous-ombilicale.

L'abdomen est développé comme dans une grossesse de 5 mois 1/2 à 6 mois, mais son développement est irrégulier et surtout marqué vers le flanc gauche. La peau est tendue, lisse et luisante, les veines sous-cutanées sont dilatées.

Au palper, n perçoit dans toute la région sous-ombilicale du frottement péritonéal et on détermine, par la pression, des douleurs surtout marquées au niveau de la fosse iliaque gauche. La tension du ventre et les douleurs rendent cet examen très difficile. M. Pinard arrive pourtant à sentir, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur qui atteint l'ombilic et déborde la ligne médiane à droite, dans l'étendue de trois travers de doigt ; cette tumeur est assez régulièrement arrondie, de consistance élastique et renferme évidemment un corps solide, mobile dans un liquide ; elle est immobile et ne paraît pas se contracter sous la main au moment des paroxysmes douloureux. En avant de cette tumeur et le long de son bord droit, immédiatement à droite

de la ligne médiane et parallèlement à l'arcade crurale, qu'elle déborde d'un travers de main, on sent une autre tumeur qui paraît collée contre la paroi abdominale et qui est dure, piriforme, à base supérieure arrondie. Cette seconde masse paraît un peu mobile sur la précédente dont elle semble nettement distincte. A l'auscultation de la tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche, on entend les bruits du cœur fœtal. Par le toucher, on trouve l'excavation remplie par une masse arrondie, régulière, lisse, dépressible. Il est rès difficile de sentir le col utérin qu'on finit par découvrir en portant le doigt très haut et immédiatement derrière la symphyse, presque accolée contre elle ; il est mou et l'orifice externe entr'ouvert admet la pulpe de l'index. En déprimant assez profondément la tumeur qui remplit l'excavation, on arrive sur un corps arrondi, dur et régulier, qui paraît être la tête fœtale et ballotte manifestement. Lorsqu'on imprime des mouvements au col de l'utérus, il ne se transmettent, ni à la tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche, ni à sa portion pelvienne qui remplit l'excavation ; ils sont, au contraire immédiatemeut transmis à la tumeur accolée à droite contre la paroi abdominale, et qui, par conséquent, est l'utérus.

M. Pinard porte le diagnostic *grossesse extra-utérine* ; péritonite de voisinage présentant en ce moment une exacerbation. La prétendue fausse couche du mois de septembre correspond probablement à l'expulsion de la caduque hypertrophiée et cette hypothèse est confirmée par les renseignements qu'a pu nous fournir ultérieurement le médecin de la femme S...

Le traitement institué fut le suivant : repos absolu et application de glace sur le ventre, injections de morphine ; il était en effet urgent, avant de se décider à une intervention quelconque, de faire disparaître les phénomènes aigus survenus depuis quelques jours.

Le troisième jour après son entrée à l'hôpital, les symptômes péritonitiques s'accentuent ; la malade vomit à plusieurs reprises ; sa température atteint le soir 38° 5 ; il n'y a pas de rétention d'urine, mais de la constipation ; les jours suivants, l'état empire, le ventre augmente considérablement de volume et la tension devient telle qu'il est impossible de pratiquer le palper. L'auscultation est également impossible, la simple application du stéthoscope déterminant des douleurs insupportables. La péritonite s'étend.

Le 1er décembre, la femme S. est prise de violentes douleurs dans le côté droit, en même temps que se manifestent des signes de collapsus. Vomissements porracés presque continuels, cris, ballonnement énorme du ventre. Rétention d'urine. Diarrhée.

La mort survient le 7 décembre, à trois heures du matin. *Autopsie*

(36 *heures après la mort*). — La paroi abdominale très amincie est incisée crucialement ; on la sépare difficilement de la masse épiploïque et intestinale avec laquelle elle a contracté des adhérences très étendues.

Lorsqu'on a relevé le tablier épiploïque, on voit l'intestin énormément distendu. La cavité abdominale est remplie de sang qui recouvre tous les organes d'une couche uniforme dont la coloration rappelle celle du raisiné ; à la partie inférieure et surtout au niveau de la fosse iliaque droite se trouvent des caillots en quantité considérable. La masse intestinale étant décollée et relevée, on aperçoit, occupant la région hypogastrique et les fosses iliaques, trois tumeurs.

L'une, la plus antérieure, paraissant servir de support aux deux autres, occupe la fosse iliaque droite et est collée contre la paroi abdominale antérieure, presque parallèle à l'arcade crurale : c'est l'utérus. Il est flanqué, sur son bord gauche, du kyste fœtal, qui occupe la fosse iliaque gauche et remonte jusqu'à l'ombilic, remplit l'aire du détroit supérieur, plonge dans l'excavation et contourne la face postérieure de l'utérus pour s'étendre jusqu'au niveau de son bord droit. Il adhère en arrière à la masse intestinale agglutinée et recouverte de sang et de caillots.

En arrière de l'utérus, à droite du kyste fœtal sur lequel elle paraît greffée, se voit une masse du volume de deux poings, bosselée, noirâtre, d'apparence spongieuse, entourée de caillots, qui occupe la fosse iliaque droite. Au niveau de sa partie inférieure, à l'endroit où cette masse repose sur la fosse iliaque, les caillots sont plus abondants que partout ailleurs ; on dirait que là était le point de départ de l'hémorrhagie. En effet, en écartant les caillots, on voit que la masse semble creusée d'une caverne pouvant loger une noix et que ce point n'est autre chose qu'un foyer hémorrhagique placentaire, car la masse en question est constituée par le placenta considérablement hypertrophié.

Avant d'enlever l'utérus et les deux tumeurs, nous incisons le kyste fœtal dont le segment inférieur plonge dans l'excavation en refoulant la matrice en avant et en haut ; il s'écoule environ un litre de liquide purulent de couleur jaune verdâtre, dans lequel nage un fœtus macéré dont la tête plonge dans l'excavation. Il pèse 625 grammes et mesure 30 centimètres.

L'utérus est incisé sur la ligne médiane antérieure. Il mesure, du museau de tanche au fond, 15 centimètres, et 10 centimètres au niveau de son plus grand diamètre transversal. La paroi utérine, très hypertrophiée, a 3 centimètres d'épaisseur au niveau de ce même diamètre.

On introduit facilement un stylet dans la trompe droite par l'orifice utérin ;

la trompe incisée dans toute sa longueur est intacte, parfaitement perméable et mesure, paroi utérine comprise, 13 centimètres et demi. Elle est étroitement accolée à la face antérieure de la masse placentaire.

Un stylet introduit par l'orifice utérin de la trompe gauche vient immédiatement, après avoir traversé la paroi utérine, faire saillie dans le kyste fœtal ; il est évident que les parois de la trompe dissociées font partie constituante de la paroi du kyste sur la face antérieure duquel est établi le ligament rond du côté gauche.

L'épaisseur de la paroi kystique est à peu près uniforme et mesure 2 millimètres.

La masse placentaire, nettement distincte du kyste fœtal sur lequel elle semble greffée, à la façon d'un parasite, est entourée d'une membrane facilement décollable, qui semble partir de la membrane du kyste ; cette membrane s'isole aisément de la masse placentaire qu'on peut extraire. On trouve alors sur la paroi kystique, au niveau du point où s'insérait le placenta, une perforation à contours irréguliers, à bords nettement limités et organisés, qui livre passage au cordon resté adhérent au placenta. Le placenta semble être sorti du kyste à un moment donné par cette perforation. En sectionnant le placenta, qui pèse 425 grammes, on y trouve çà et là des foyers hémorrhagiques, dont l'un superficiel, en s'ouvrant sur le péritoine, a été le point de départ de l'hémorrhagie terminale.

Quels sont les signes physiques de cette première période ? Si l'épanchement par suite d'anciennes adhérences se localise rapidement, on sent dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur fluctuante qui comprime le vagin en avant et refoule en arrière le rectum. Le palper bimanuel, le toucher vaginal et rectal combinés fournissent d'utiles indications. Mais si l'épanchement n'est pas enkysté, on ne sent absolument rien de net, car le sang reflue avec une facilité très grande vers les parties supérieures de l'abdomen. Le vagin est en général d'une couleur livide, et il est très fréquent de voir des gouttes de sang s'échapper d'entre les lèvres du col.

A une période plus avancée, la réaction péritonéale tombe, les douleurs abdominales diminuent d'intensité, mais l'anémie persiste, le pouls reste petit, dépressible, peu fréquent. L'amaigrissement est souvent très considérable et nullement en rapport ; ainsi que l'avait bien vu Nélaton, avec le peu de durée de la maladie. Les malades ressentent maintenant des douleurs sourdes; elles ont un sentiment

de tension, de compression du côté du petit bassin. Du côté de la vessie, il y a souvent ténesme et dysurie, du côté du rectum, constipation par aplatissement de cet intestin.

De temps à autre les souffrances devenues plus vives s'irradient dans le périnée, les lombes, les cuisses. A ce moment le toucher bimanuel fait constater une tumeur dure, parfois latérale, mais le plus souvent située en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. Le vagin a son cul-de-sac fortement déprimé en arrière. La double exploration par le vagin et le rectum est également très concluante.

Nous ne voyons pas que, dans cet examen, l'emploi du spéculum soit utile. Il fait souffrir les malades et ne permet que de constater un symptôme aléatoire : la lividité du vagin.

La tumeur est plus ou moins grosse. Son volume atteint celui d'un œuf de poule, d'une orange, du poing, parfois d'une tête de fœtus, rarement plus dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire qui s'enkystent franchement.

**Marche.** — Tantôt la malade succombe très rapidement, à moins qu'on n'intervienne. Tantôt la malade n'arrive que progressivement et par une série de paroxysmes rapprochés à un état d'anémie incompatible avec l'existence. Tantôt enfin, après des signes modérés d'épanchement interne, il survient des phénomènes de pelvi-péritonite qui indiquent que la collection sanguine va s'enkyster. Mais la malade, même dans ces cas, n'est pas à l'abri de tout danger, car cette pelvi-péritonite peut se généraliser à tout l'abdomen. Il faut remarquer, mais c'est assez exceptionnel, que certaines hématocèles très volumineuses et d'abord à allures très bruyantes peuvent subir cet enkystement tout comme les épanchements de sang moyens. L'enkystement fait, le sang se coagule, puis dans les cas heureux se résorbe, mais nous engageons fort à ne pas trop insister sur ces faits et sur ceux que fournit la physiologie expérimentale. Beaucoup d'hématocèles persistent avec une lenteur désespérante. Or cette collection sanguine est non seulement un danger continuel à cause de sa présence, mais encore, ainsi que nous l'a fait remarquer M. Bouilly, elle altère la santé générale, la malade maigrit beaucoup et s'affaisse de plus en plus.

D'ailleurs ce sang coagulé court le risque de s'infecter et cela, soit à cause de la présence de débris fœtaux très portés à se putréfier,

comme l'a dit Lawson Tait, soit à cause de l'infection du conduit vagino-utérin (Sebileau). Les frissons répétés, les élancements loco dolenti se produisent, la fièvre s'allume, irrégulière dans sa marche comme toutes les fièvres de suppuration et la tumeur de dure devient molle puis fluctuante. Elle s'ouvre soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit quelquefois dans la vessie, etc.

Et alors, tantôt tout finit par une large débâcle purulente, tantôt le pus ne se vide pas entièrement, l'air entre dans la poche, il y a bientôt une suppuration interminable, et la malade périt d'épuisement et de septicémie lente, si l'on n'intervient pas.

**Diagnostic.** — Les circonstances devant lesquelles se trouve placé le chirurgien peuvent être ramenées à deux pour plus de simplicité.

1° Il est appelé dès le début même des accidents à cause de l'intensité de l'hémorrhagie interne et des phénomènes alarmants qu'elle détermine. L'épanchement ne s'est pas encore enkysté.

2° Il est consulté quand il y a déjà eu formation d'une poche.

Absence de poche. — Dans la première alternative, le diagnostic est quelquefois plus difficile que lorsqu'il y a tumeur. Les signes physiques, comme nous le disons plus loin, lui font le plus souvent défaut, mais cependant il a à sa disposition l'étude des symptômes, qui font penser du premier coup à une vaste hémorrhagie interne, et la recherche soigneuse des commémoratifs qu'il doit analyser avec la plus grande attention.

Dans un certain nombre de nos observations, le diagnostic de grossesse tubaire avait été fait avant l'apparition des accidents. On comprend combien une pareille circonstance favorise le diagnostic, car l'esprit est tout de suite porté vers l'existence possible d'une hématocèle. Assez souvent aussi, bien qu'un médecin n'eût pas constaté l'existence de cette sorte de grossesse, la malade avait ressenti des symptômes qui l'avaient porté à croire qu'elle était enceinte (suppression de règles, nausées, évanouissements, augmentation de volume du ventre, des mamelles, etc.).

Mais il ne faudrait pas exagérer la fréquence de ces commémoratifs. Plus souvent, comme l'ont montré Veit, Lawson Tait, etc., le chirurgien ne peut retrouver d'antécédents suspects pour cette excellente raison que la grossesse tubaire passe complètement inaperçue.

On en est donc réduit aux phénomènes actuels. Ceux-ci sont ceux d'une hémorrhagie interne profuse. Ces douleurs dans le ventre cet affaiblissement, cette diminution dans la force et la rapidité du pouls, cette tendance à la syncope peuvent toutefois exister dans des affections autres que les hémorrhagies internes.

Si la femme, dit Hamilton (1), est d'âge à rendre probable l'existence d'une grossesse, et qu'elle ait des douleurs abdominales avec tendances à la syncope et au collapsus, on doit, avanttout examen local penser à : 1° colique hépatique, 2° colique néphrétique, 3° ulcère de l'estomac avec perforation ; 4° grossesse tubaire avec rupture. L'examen local permettra d'ordinaire d'affirmer la 4e hypothèse avec d'assez grandes probabilités pour autoriser la laparatomie exploratrice qui deviendra curatrice si le diagnostic est vérifié. Mais le tableau morbide n'est jamais absolument identique.

Le siège, les irradiations de la douleur ont quelque chose de spécial que l'on ne retrouve pas chez les femmes atteintes de ces hématocèles pelviennes foudroyantes. Le ralentissement du pouls, la tendance à la syncope surviennent au moment des crises. Dans les cas qui nous occupent, on n'observe point cette marche paroxystique ou du moins les paroxysmes n'ont ni cette fréquence, ni cette régularité, leur aspect clinique est tout autre. Dans l'hématocèle cataclysmique rien de cela, l'anémie s'accuse de plus en plus et subit une progression rapide dont l'étude est pleine d'enseignements pour l'observateur attentif.

Quant aux perforations, rares du reste, en outre de commémoratifs spéciaux, du siège de la douleur qui n'est point celui de l'hématocèle pelvienne intra-peritoneale, elles ont un caractère aigu, angoissant et pathognomonique, il y a rapidement des symptômes évidents de péritonite généralisée qui manquent aux épanchements déterminés par une rupture de la trompe gravide.

Nous ne croyons pas que le chirurgien puisse beaucoup compter sur les signes physiques, au moins au début de ces hématocèles ; nous en avons donné les raisons dans notre chapitre sur la symptomatologie.

Existence d'une poche. — S'il existait des adhérences qui aient forcé dès le début l'épanchement de sang à se limiter, à s'enkyster

(1) Hamilton. — *Ner. Yor. Med. J.*, février 1890.

en un mot, ce que nous avons dit plus haut ne serait plus exact ; mais dans la majorité des cas, cette poche n'est bien distincte qu'au bout de quelques jours. Tant que le sang conserve sa consistance liquide, le diagnostic est grandement favorisé par cette circonstance. Les difficultés commençent véritablement dès que le sang se coagule et forme une tumeur dure.

Les auteurs ont signalé les confusions auxquelles on était dès lors exposé et aussi les moyens propres à éviter ces erreurs regrettables de diagnostic.

Il y a d'abord les commémoratifs qui ont grande importance. La tumeur est apparue brusquement avec des symptômes bien propres à éveiller l'attention, tels que phénomènes d'hémorrhagie interne, et plus tard de pelvi-péritonite enkystante.

Dans certains cas insidieux où l'hématocèle a eu un début à peine appréciable et presque effacé, il est possible que le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur dont il ignore la provenance, mais ces faits sont peu fréquents, et en résumé nous pensons qu'on doit tenir le plus grand compte des renseignements fournis par les anamnestiques.

Les signes physiques ont ici beaucoup d'importance. L'utérus éprouve un déplacement qui est presque constant, il est refoulé d'arrière en avant et de bas en haut sous l'arcade pubienne, tantôt sur la ligne médiane, tantôt un peu à droite ou à gauche. Son degré de déplacement est naturellement en rapport avec le volume de la tumeur.

Le vagin comme nous l'avons dit est profondément refoulé au niveau de son cul-de-sac postérieur. Dans bon nombre de cas on lui a vu une couleur livide remarquable et les lèvres du col ramollies comme dans la grossesse laissent souvent échapper des gouttes de sang plus ou moins noirâtres. L'utérus est forcément augmenté de volume s'il s'agit d'une grossesse extra-utérine, et bien que son volume ne soit plus proportionnel à l'âge de la grossesse, cette hypertrophie n'est point à négliger. Plus important encore serait la mention dans les commémoratifs et souvent aussi après la formation de la poche, des membranes expulsées en une ou plusieurs fois par la matrice.

Nous ne croyons pas devoir insister plus longtemps sur les signes physiques de l'hématocèle pelvienne et renvoyons pour le reste à notre chapitre d'anatomie pathologique. Tout ce que nous venons de

dire permet de constituer ce qu'on appelle le diagnostif positif; reste le diagnostic négatif, sur lequel nous serons assez bref, car il est bien connu à l'heure actuelle.

Une affection assez difficile à différencier de l'hématocèle intra-péritonéale, est l'hématocèle extra-péritonéale ou hématome des Allemands; l'épanchement est surtout latéral, ce qui est exceptionnel pour la variété d'hématocèles dont nous faisons ici l'étude; on ne trouve rien en arrière de l'utérus. La matrice beaucoup plus libre que dans les cas où le sang s'est répandu dans le péritoine est fortement déviée du côté opposé à la tumeur, et on peut la circonscrire de toutes parts. Sauf cette particularité, les autres symptômes sont à peu près identiques.

M. Pozzi et beaucoup d'autres auteurs insistent sur les difficultés souvent considérables qu'il y a à différencier une hématocèle pelvienne intra-péritonéale d'un utérus gravide en état de rétroflexion. L'erreur a été commise plusieurs fois, ainsi qu'en témoignent les faits cités par Jourel (*Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, année 1812); Fenerly (*loc. cit.*); Mikschik (De la pathologie des ovaires. Leipsick, 1856, in *Canstatts-Jahresbericht*, 1856, p. 425).

« Un des meilleurs moyens, dit M. Pozzi, d'éviter l'erreur est de rechercher avec soin à limiter l'utérus qui, dans l'hématocèle, est enchassé au centre de la tuméfaction. »

Cet auteur insiste avec raison sur l'utilité de la chloroformisation pour compléter le diagnostic.

Les écrivains antérieurs à Lawson Tait se sont beaucoup étendus sur la possibilité d'une erreur avec la pelvi-péritonite et le phlegmon péri-utérin. Nous croyons que les différences signalées dans les frissons, les souffrances ressenties par la malade, etc., sont moins importantes qu'on a bien voulu l'affirmer; car dans un grand nombre de cas, l'épanchement sanguin a déterminé des phénomènes de pelvi-péritonite indiscutables. Cependant, les signes physiques ne sont point tout à fait les mêmes.

Dans l'hématocèle la tumeur est en général plus volumineuse, la fluctuation persiste quelquefois pendant fort longtemps, le doigt en la comprimant détermine moins de douleur.

Enfin, bien qu'il soit vrai qu'il existe dans l'hématocèle de la pelvi-péritonite adhésive, les réactions de la grande séreuse abdominale sont bien plus prononcées, dans la majorité des cas, chez une

femme atteinte de pelvi-péritonite que chez celle atteinte d'hématocèle.

Les kystes de l'ovaire et les fibromes utérins enclavés dans le petit bassin ne pourraient être confondus que lorsque l'hématocèle a acquis une dureté spéciale (V. obs. 2, Doléris).

Mais leur mode d'apparition et leur marche sont absolument différents. Tuttle (1) a signalé le fait suivant : Une fille fut prise d'accidents aigus, d'hémorrhagie interne et de péritonite généralisée ; opérée aussitôt, il trouva un kyste ovarien, noir, avec un pédicule tordu quatre fois ; une couche de pus verdâtre couvrait les parois abdominales et la vessie. Guérison. Et (obs. XVIII) L. Tait (2) a cité le cas d'une vieille grossesse tubaire autrefois rompue et prise par lui pour un fibro-myôme adhérent douloureux ; la laparatomie qu'il pratiqua pour remédier aux douleurs dont souffrait la malade lui fit rectifier son diagnostic.

La grossesse extra-utérine non rompue siège très rarement tout à fait en arrière de l'utérus, puisque Lawson Tait a démontré que les grossesses abdominales, quoique toujours secondaires, sont exceptionnelles si l'on songe à la fréquence des grossesses tubaires. Pozzi conseille de s'appuyer dans ce cas sur l'hypertrophie de l'utérus et l'aménorrhée persistante.

Dans les cas douteux si la tumeur bombe dans le vagin, on sera autorisé à faire une ponction exploratrice avec l'appareil Potain, en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses.

Dans le cas où la tumeur est abdominale et détermine par sa présence des symptômes alarmants, nous croyons que la meilleure façon d'assurer le diagnostic est de faire la laparatomie exploratrice qui permettra en même temps d'assurer le traitement chirurgical de l'affection.

(1) TUTTLE. *New. Y. Obst. Soc.* Séance du mois d'avril 1889.
(2) L. TAIT. *Société de gynéc. anglaise.* Séance du 27 nov. 1889.

## Traitement.

Une question très importante à résoudre, dit Aug. Martin, dans son traité clinique des maladies des femmes, est celle-ci : « Faut-il dans l'hématocèle provenant d'une grossesse extra-utérine demeurer dans l'expectative ou bien pratiquer la laparatomie afin de mettre à nu le siège du mal et d'intervenir directement ? » On peut dire que la réponse est essentiellement variable selon les cas. Le chirurgien ne peut et ne doit point s'enfermer dans une formule unique ; il doit faire appel à son expérience et à toutes les ressources de son tact chirurgical.

Chez certaines malades, il est en droit de s'abstenir, chez d'autres il doit pratiquer d'urgence une opération chirurgicale, seule capable d'entraver les progrès de l'hémorrhagie ; chez d'autres enfin, il devra se guider sur la marche des accidents. Nous avons vu en effet, quand nous avons étudié l'évolution de l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale, que des épanchements sanguins qui paraissaient très bénins au début, prenaient tout à coup un aspect des plus menaçants. Les chirurgiens actuels n'ont du reste plus à redouter les mêmes craintes que ceux du temps de Récamier et de Nélaton. A cette époque, les résultats de l'intervention étaient si désastreux que beaucoup préféraient s'en tenir à l'expectation. Aujourd'hui que les progrès de l'antisepsie et le perfectionnement de la technique opératoire ont si complètement changé le pronostic des opérations abdominales, le problème se pose d'une façon toute différente. Ce n'est plus la crainte de l'opération, mais la justification de celle-ci qui seule doit être mise en cause.

### *Abstention.*

Si l'on se trouve en présence d'une hémorrhagie abdominale qui n'affaiblit que légèrement la malade et ne détermine que des phénomènes de péritonisme assez légers, on commencera par ordonner l'immobilité absolue au lit dans le décubitus dorsal et ce repos doit être prolongé, car le moindre effort, la moindre violence

pourraient augmenter la déchirure ou rompre les adhérences protectrices souvent très fragiles.

Barth (1) est très partisan de l'ergotinine comme moyen hémostatique. « C'est un précieux médicament, dit-il, pour faire diminuer la congestion des organes pelviens ». On appliquera de la glace sur l'hypogastre pour combattre à la fois l'hémorrhagie et la péritonite; on s'opposera à la réplétion de la vessie par le cathétérisme et à celle du ventre par des lavements. En effet, la constipation, d'après les principaux ovariotomistes, exercerait une influence défavorable; c'est pour cela qu'il ne faut point abuser de l'opium pour calmer les souffrances. On soutiendra les forces de la malade par les alcooliques tels que la potion de Todd. Enfin, la plupart des auteurs jusqu'à ces derniers temps se sont efforcés de faire résorber l'épanchement par les révulsifs, tels que ventouses, sangsues, vésicatoires, etc. Il semble que ces moyens soient moins efficaces que l'on ne l'avait cru jusqu'ici. Dans une bonne thèse, inspirée par Sebileau, Surer (2) s'est efforcé de montrer l'utilité des injections vaginales antiseptiques pour prévenir l'infection et la suppuration de l'épanchement sanguin. « Pour prévenir ou arrêter l'infection, dit-il, il n'y a qu'un moyen : faire avec soin l'antisepsie du vagin et de l'utérus. Voici comment ont éte traitées les deux malades dont le Dr Sebileau nous a donné l'observation. Dès le premier jour de l'hématocèle, ont été pratiquées deux ou trois fois par jour, et cela jusqu'à la résolution complète de la maladie, des injections vaginales très chaudes et antiseptiques. Le sublimé, le biodure de mercure, l'acide phénique peuvent être employés et jouissent ici comme ailleurs de leurs propriétés si justement réputées, mais il est une substance dont l'emploi nous parait très facile et que nous recommandons : c'est le naphtol. On formule une solution ainsi composée :

Naphtol B. . . . . . . . 15 grammes.
Alcool . . . . . . . . . . 300 »

puis on jette dans un litre d'eau préalablement bouillie et filtrée une cuillerée à café de cette solution ». En outre des injections vaginales, Surer recommande les injections intra-utérines, sur la technique de laquelle il n'est pas besoin d'insister.

(1) *Gaz. médicale de Paris*, 21 juin 1890, p. 294.

(2) Surer. *De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée.* Th. de Paris 1890, p. 58.

Il serait avantageux aussi d'assurer en même temps que l'asepsie vagino-utérine, celle de l'intestin. Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur le traitement médical qui est bien connu et pour nous résumer nous conseillons l'expectative armée chaque fois que les symptômes ne sont pas menaçants (c'est-à-dire quand les phénomènes d'hémorrhagie sont légers au début et quand ils ne s'exacerbent pas les jours suivants).

Cependant cette méthode est passible d'assez graves objections :

1° Certains cas qui paraissaient d'abord tout-à-fait bénins, ont subi tout à coup une telle recrudescence que les femmes ont succombé en peu d'heures avant que le chirurgien ait eu le temps d'intervenir (obs. XXXII et XXXVIII, etc.) et malheureusement, il faut bien le dire ici, rien ne saurait faire prévoir ce dénoûment funeste.

2° Les débris fœtaux ont une très grande tendance à s'infecter et à produire la suppuration du côté de l'épanchement sanguin qui était en voie de se résorber. A ce propos, nous croyons devoir rapporter le passage suivant du Traité des maladies des femmes de Lawson Tait :

« Le dernier cas de mon tableau est si intéressant qu'il mérite aussi d'être présenté en détails, car il prouve un fait qui, comme nous pouvions le supposer, peut arriver à se produire et dans la réalité n'a jamais été clairement démontré, à savoir qu'une grossesse tubaire se rompant dans le péritoine, peut ne pas aboutir immédiatement à une terminaison fatale par hémorrhagie, nous pourrions alors penser que la résorption de l'ovule et de l'épanchement terminerait heureusement ce grave accident ; il n'en fut pas ainsi pour notre cas ; la suppuration s'établit, la malade eut plusieurs poussées de péritonite qui l'exposa à différentes reprises aux plus grands dangers et, si je n'avais pu la débarrasser des restes décomposés de la grossesse situés dans une grande cavité suppurée, il est absolument certain qu'après une ou deux poussées aiguës, la terminaison fatale se fût produite. » Et il ajoute plus loin : « ce fait nous démontre suffisamment qu'il ne sera jamais prudent d'abandonner ces cas à une terminaison naturelle. » Voici l'observation à laquelle fait allusion Lawson Tait (1):

La malade en question était âgée de 27 ans, elle avait été mariée pen-

(1) Lawson Tait. *Loc. cit.*, p. 650.

dant 6 ans, mais n'était jamais devenue enceinte, autant au moins qu'elle pouvait le savoir. On remarquera que cette circonstance est souvent notée pour ces sortes de cas.

Réglée très régulièrement jusqu'à Noël, elle avait cessé de l'être depuis cette époque jusqu'en mars, mais elle avait gardé le lit pendant tout ce temps pour une soi-disant inflammation de la matrice, traitée par un praticien bien connu de Liverpool. Au commencement de mars, elle commençait à se lever, lorsque le second jour de sa sortie du lit, elle fut saisie subitement d'une violente douleur suraiguë et elle fut obligée de rester de nouveau alitée pendant 3 semaines avec tous les symptômes d'une poussée de péritonite aiguë.

Au commencement d'avril, la malade rentrait chez elle à Ifracombe et fut alors examinée par le Dr Slade King, qui reconnut l'existence d'une tumeur sur le côté gauche de l'utérus. Pendant le mois d'avril, elle eut encore une attaque, qu'elle décrit comme uue récidive de la péritonite qu'elle avait éprouvée le mois précédent, et depuis lors, il se produisit encore 2 ou 3 fois des poussées analogues plus ou moins graves. La menstruation s'était produite deux fois pendant ce temps, très profuse chaque fois, durant environ 15 jours, et accompagnée de violentes douleurs. Lorsque je la vis le 4 juillet, elle était très émaciée, souffrait continuellement, était incapable de se lever. Son mauvais état était dû évidemment à la présence de pus dans le petit bassin.

L'examen physique fit découvrir une tumeur, grosse comme une tête de fœtus, située sur le côté gauche du bassin, immobile et très doulonreuse au toucher. L'histoire de la malade ne pouvait pas nous renseigner exactement sur le diagnostic ; l'arrêt de la menstruation de janvier jusqu'à mars aurait aussi bien pu se produire, soit dans le cas d'une hématocèle du ligament large, soit dans d'autres circonstances, qui à leur suite pouvaient donner lieu à la tumeur que je constatais. A coup sûr, les personnes qui donnèrent les renseignements sur l'histoire de la malade, n'avaient jamais eu le soupçon d'une grossesse ; mon propre diagnostic ne s'arrêta pas non plus à cette hypothèse et fut celui de suppuration de la trompe de Fallope gauche.

Ce diagnostic se trouva être parfaitement exact en fait, mais pour être complet il aurait dû reconnaître la suppuration constatée comme conséquence d'une grossesse tubaire rompue. L'état de la malade réclamait une intervention immédiate, par conséquent, j'ouvris l'abdomen, et voici ce que je trouvais ; l'épiploon avait contracté des adhérences avec le contenu du petit bassin et j'eus assez de difficulté pour détacher son bord de la base de la vessie. Après avoir exécuté cette première partie de l'opération, je trouvais

au-dessous différentes anses intestinales, adhérentes entre elles; en les enlevant j'ouvris une cavité, d'où s'échappa un jet de pus entièrement fétide.

Cette cavité avait la dimension d'une grosse orange, et la première chose que je constatai dans son intérieur fut une masse de substance friable, que mes doigts reconnurent de suite pour un fragment de placenta. Je l'enlevai et l'examen à l'œil nu confirma la nature que le simple toucher m'avait fait soupçonner. Je constatai alors que la cavité d'où j'avais retiré ce fragment était constituée par la trompe de Fallope dilatée et distendue formant les parois antérieure, postérieure et inférieure de la tumeur, tandis que la paroi supérieure était représentée par les anses intestinales de l'épiploon, que j'avais partiellement détachés. Tout autour de la cavité, je pus sentir un certain nombre de points indurés, que je reconnus facilement pour des os fœtaux, encastrés dans les parois de la poche; j'en enlevai quelques-uns et je trouvai qu'ils représentaient des fragments de côtes et d'os plats. Alors je détachai avec soin toute la partie de la poche formée par la trompe de Fallope, je liai le pédiculeet j'enlevai la pièce. La présence des franges tubaires démontre suffisamment l'exactitude de ma supposition, quant à la formation de cette poche.

3° Il peut exister du côté des annexes des lésions qui nécessiteront plus tard, une intervention chirurgicale. Nous citerons à cette égard le cas de la malade que nous avons eu l'occasion d'observer cette année dans notre service.

*Hématocèle retro-utérine. Guérison par résorption de l'épanchement. Persistance d'une lésion des annexes. — Observation personnelle.* — Adeline G..., domestique, 23 ans, salle Gosselin, lit n° 10, (1891).

Antécédents héréditaires. Père vit bien portant. Mère morte d'un carcinome gastrique. 8 frères ou sœurs, dont l'un mort d'une congestion pulmonaire. *Antécédents personnels.* Rougeole à 8 ans. Incontinence nocturne d'urine jusque vers 15 à 17 ans. Abcès axilliare gauche, sans complications ultérieures. De juillet à août 1891, séjour à Cochin pour une dothiénenthérie.

Réglée dès 14 ans, mais menstruation régulière seulement quelques mois après, et toujours précédée de douleurs assez vives surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

Pas de grossesse ni de fausses couches. Séjour en 1889 dans le service du professeur Jaccoud pour une métrite hémorrhagique traitée par des injections

d'eau chaude et tamponnements. Quelques jours après, survient un écoulement leucorrhéique léger disparu à la sortie de la malade dont les règles restent néanmoins assez douloureuses.

En 1891. Consécutivement à la fièvre typhoïde, suspension des menstrues durant deux mois, suivie d'une période pendant laquelle les règles varient dans l'époque de leur apparition, en même temps que la quantité de l'écoulement sanguin se trouve ou diminué ou augmenté.

En octobre 1891, à la fin d'une époque menstruelle, la malade, sans raison aucune, ressent au niveau du flanc droit des picotements très pénible qui, à son dire, auraient été accompagnés d'un léger ballonnement abdominal.

Le lendemain cependant elle peut reprendre son travail mais prise d'un violent frisson elle est obligée de l'interrompre.

Un jour après, dans la rue, incontinence d'urine, suivie de douleurs abdominales violentes, qui nécessitent le repos ; amélioration consécutive pendant laquelle la malade peut de nouveau vaquer à ses occupations ; la réapparition des douleurs la forcent à entrer à l'hôpital le 5 novembre.

A l'*examen*, l'utérus est immobilisé et porté un peu en avant. Dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur rénittente présentant en son centre un point fluctuant et indépendante de l'utérus.

Le toucher rectal permet de sentir la saillie qu'elle fait du côté droit du rectum.

A l'exploration bimanuelle, le doigt rectal permet de la limiter dans ses contours exacts. A gauche ,où la palpation est douloureuse, il existe un peu d'empâtement.

En présence de ces signes on diagnostique l'existence d'une hématocèle rétro-utérine. Le traitement institué consiste dans l'application de larges vésicatoires au niveau de l'hypogastre et l'immobilité absolue dans le décubitus dorsal.

Durant quinze jours environ, la malade a quelques accès fébriles en même temps qu'elle présente des signes non douteux de pelvi-péritonite légère ; puis tout rentre dans l'ordre et un second examen permet de constater une diminution notable de la tumeur. Le repos au lit est toujours rigoureusement observé. Le 20 décembre on constate localement les signes suivants :

Dans le cul-de-sac postérieur, au niveau de l'ancienne tumeur existe une saillie indurée de la grosseur d'une noix et qui répond à la collection primitive. Le toucher rectal contrôle cette donnée ; en outre l'exploration bimanuelle révèle du côté droit l'existence d'une trompe volumineuse, douloureuse, dont on circonscrit mal le pourtour, et qui est manifestement fluctuante ; à

gauche, la trompe est aussi plus volumineuse qu'à l'état normal, mais ne réveille pas de douleurs à l'examen et ne paraît pas fluctuante.

Le 6 janvier, la malade a eu ses règles accompagnées comme de coutume de troubles divers, douleurs abdominales, céphalagie intense et insommie.

*Intervention.*

Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, la conduite du chirurgien ne doit pas être uniforme dans tous les cas, et si chez certains malades, il peut se borner à l'expectative, chez d'autres, la marche des accidents le force à intervenir, pour mettre obstacle à une terminaison funeste. Quels sont donc les cas où il doit opérer ? Plusieurs circonstances peuvent se présenter :

1° L'hémorrhagie revêt d'emblée ce caractère aigu qui a fait donner à ce genre d'hématocèle le nom de cataclysmique (Robert Barnes.)

Ces cas rappellent presque en tous points ces hémorrhagies foudroyantes qu'on a observées quelquefois après l'ovariotomie, lorsque la ligature du pédicule abandonnée dans l'abdomen est venue à céder : dans ces circonstances, on le sait, une seconde ligature seule, après réouverture du ventre, a permis d'arrêter le sang : « Pour combattre une hémorrhagie chirurgicale, dit Lawson Tait, il faut inciser et lier le vaisseau qui donne. Si une grosse branche de l'artère fémorale était lésée, ceux de mes collègues qui s'occupent de chirurgie, n'hésiteraient pas à intervenir et ils lieraient le vaisseau. » Pourquoi le ligament de Poupart devrait-il être la ligne de démarcation que ne doivent pas franchir les grands principes de la chirurgie moderne ? »

Cette pratique d'ailleurs est recommandée aujourd'hui par la plupart des auteurs et voici, à titre de documents, quelques opinions à ce sujet :

Ainsi pour Hollstein (1), dans les cas où se manifestent rapidement les signes d'hémorrhagie interne, menaçante, l'hésitation n'est pas permise, il faut ouvrir l'abdomen.

W. Wathen (2), dans une étude sur le traitement de la grossesse

(1) *Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 795, an. 1888.
(2) *N.-York Med. Jour.*, mars 1890.

tubaire, s'exprime ainsi : « S'il y a rupture intra-peritonéale, il n'y a pas à hésiter, il faut faire la laparatomie pour arrêter le sang.

Weit, au 10e congrès international de Berlin, en 1890, est aussi affirmatif. Dans le cas d'hémorrhagie libre dans le péritoine, sans signes objectifs et avec symptômes généraux graves, il faut ouvrir l'abdomen et procéder à l'hémostase.

Pozzi (3) : « On peut dire que la question du traitement à faire en pareil cas, discutable il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui. Quand une hémorrhagie menace la vie d'une malade, il faut aller à la recherche du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure. . . . . . . , . . . . . . . .

Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente. »

M. le professeur Le Dentu, dans une clinique récente (1) a, il est vrai, exprimé quelques réserves : « Pour parer à l'extrême gravité de ces accidents (hématocèle foudroyante ou cataclysmique), quelques chirurgiens conseillent d'ouvrir sans retard le ventre et de nettoyer la cavité péritonéale. Or, je prétends que la mort n'est point fatale à la suite des accidents, en apparence si formidables, qui marquent le début de l'hématocèle ; j'ai enlevé récemment les annexes de l'utérus à une dame qui, dix ans auparavant, avait eu une hémorrhagie pelvienne considérable, accompagnée d'accidents généraux tels que j'ai failli, à une époque où cependant l'ouverture du péritoine était encore bien redoutée, pratiquer l'opération. Elle aurait probablement alors succombé à la laparatomie et il ne me paraît pas certain que, de nos jours, malgré tous les progrès accomplis depuis lors, une malade se trouvant dans les mêmes conditions, résisterait sûrement à une aussi grave intervention. Il ne s'agit point ici d'une laparotomie vulgaire : vous opérez une femme anémiée, sans forces, en pleine période de choc péritonéal ; les conditions sont détestables ; il m'est difficile de vous dicter, à l'égard de l'opportunité de l'intervention en pareil cas, des lois absolues, mais je vous dirai volontiers : En présence de toute hématocèle à début rapide s'annonçant par des symptômes très bruyants, ne vous effrayez pas outre

(3) *De la conduite à tenir dans le cas de grossesse extra-utérine.* Sem. Méd., 16 juillet 1890.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 7 mars 1891.

mesure et attendez ; si trois ou quatre heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment ; sinon, différez toute intervention et attendez pour intervenir que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous forcent la main. »

Nous croyons ces réserves sages, et c'est surtout la marche des accidents qui doit ici guider le chirurgien. Mais si, après les premières heures (quatre heures suivant M. Le Dentu), peut-être moins dans certains cas spéciaux (obs. de Lawson Tait), les symptômes deviennent de plus en plus graves, si surtout le pouls faiblit de plus en plus, il est absolument urgent d'opérer. Et qu'on ne nous dise pas qu'on n'opérera qu'un cadavre ; il y a déjà quelques cas publiés où des femmes qui semblaient irrémédiablement perdues ont été sauvées par une intervention hardie.

Lawson Tait. (*Lancet*, 23 novembre 1891. — *Hématocèle intra-péritonéale, après rupture d'une grossesse tubaire. Laparatomie. Extirpation de la trompe déchirée.*— Une femme mariée âgée de 26 ans, ressent tout à coup, sans cause aucune, une violente douleur dans la région du bas ventre, elle est prise d'un état de collapsus qui va croissant.

Elle offre bientôt toutes les apparences d'une hémorrhagie intra-abdominale.

Les règles étaient en retard de deux semaines.

L'auteur la voit en consultation une heure après ; on la transporte à la clinique, le pouls étant presque nul, pour pratiquer la laparotomie.

A peine l'incision de la paroi est-elle faite (en narcose), le sang jaillit au dehors.

On recherche rapidement le fond de l'utérus et l'on a la preuve que c'est la trompe droite qui est crevée.

On enfonce une *aiguille à sa base*, le ligament large est lié, la trompe et l'ovaire extirpés. On enlève avec soin plusieurs livres de caillots sanguins et de sérum occupant le cavité abdominale : celle-ci est drainée et refermée.

Le soir, le pouls est imperceptible ; temp 36°. Les pupilles ne réagissent pas. Les faibles mouvements respiratoires montrent seuls que la malade vit encore.

Ce n'est que 36 heures après l'opération que l'on commence a sentir le pouls ; on peut le compter au bout de 48 heures, il a 140 pulsations.

Le soir du 5° jours, issue d'une membrane déciduele caractéristique.

La température n'a jamais dépassé 38° au moment où la communication est faite, le malade est en pleine convalescence.

L'auteur rapproche cette observation d'une autre publiée par le Dr Thomas de Leicester, dans laquelle le sang au lieu de se loger dans le cavité péritonéale s'était logé entre les feuillets du ligament large. Les symptômes de l'anémie étaient cependant semblables.

C'est le 5e cas analogue de l'auteur. La pièce anatomique montre une déchirure de la trompe longue d'un demi centimètres et de cette trompe un fœtus de 4 semaines entouré de sa poche. La lumière de la trompe elle-même ne contient pas le sang.

Comme moyens adjuvants, Veit conseille de pratiquer la compression de l'aorte. Playfair est du même avis. On sait que les accoucheurs se sont servis depuis longtemps de ce moyen dans les cas d'hémorrhagies puerpérales très abondantes. Malheureusement ils ont reconnu que cette méthode était loin de réussir dans tous les cas, de telle sorte que l'on est très partagé sur son efficacité. On serait peut-être aussi autorisé dans ces cas, à combattre le collapsus par des stimulants tels que la caféine, mais on a accusé ces médicaments de précipiter l'hémorrhagie qui commençait à diminuer, grâce au ralentissement de la circulation.

2° Les symptômes du début paraissent d'une intensité moyenne, mais il survient les jours suivants une série de paroxysmes, dus à des hémorrhagies successives. L'état de la malade empire rapidement, le pouls faiblit de plus en plus et la malade se trouve plongée en peu de jours dans une anémie profonde. Attendre, dans des cas pareils, c'est exposer la malade à une mort certaine ; on en trouvera un grand nombre de cas dans les observations que nous avons recueillies. Nous nous bornerons à rappeler le fait suivant :

Aug. Martin (1) a observé une femme chez laquelle il n'y avait pas de doute sur l'interruption d'une grossesse tubaire. Comme il n'y avait pas d'accidents inquiétants, l'expectation fut proposée. La malade mourut quatre jours après, à la suite d'une hémorrhagie nouvelle. A l'ouverture de l'abdomen, la cavité abdominale était remplie de sang non enkysté et provenant de la rupture d'un kyste

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1889, p. 530.

fœtal tubaire ; il regrette dans ce cas de n'avoir pas pratiqué la laparatomie après un premier examen.

3° Les phénomènes d'hémorrhagie sont relativement modérés, mais la réaction du côté de la séreuse abdominale est extrêmement intense, et une péritonite généralisée éclate d'une façon précoce. Dans ces cas, quelle conduite doit tenir le chirurgien ? Il aurait été difficile il y a quelques années de répondre nettement à cette question, mais à l'heure actuelle une série de tentatives heureuses, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne et en France semblent démontrer que la laparatomie est un des meilleurs moyens que nous possédions pour combattre les péritonites aiguës.

4° On pourrait distinguer enfin une dernière forme dans laquelle les symptômes hémorrhagiques n'ont pas été trop violents et ont fini par disparaître. Il n'y a pas de menace proprement dite ou de péritonite généralisée. Mais l'hématocèle reste volumineuse malgré le traitement médical : dans ces cas, le chirurgien ne doit-il pas intervenir pour hâter la disparition de cette masse sanguine qui ne veut pas se résorber et qui constitue, par sa présence, un danger permanent pour la malade ? Nous avons consulté à ce sujet plusieurs de nos maîtres : MM. Tuffier, Bazy, Bouilly, Pozzi, qui tous se sont montrés d'avis d'opérer.

Du reste cette masse sanguine peut, à cause de son volume, déterminer des compressions très fâcheuses sur les organes voisins. Citons à ce propos l'observation de MM. Pengrueber et Vicente (1) où il était survenu de graves phénomènes d'obstruction intestinale ; dans le cas de M. Dumontpallier (2), la compression des uretères avait amené des symptômes d'urémie. Enfin, M. Bouilly nous a fait remarquer que certains malades sans faire du pus, ont de l'élévation vespérale de la température, souffrent et s'amaigrissent considérablement ; il lui a suffi, dans ces cas, de donner issue au sang pour déterminer une amélioration notable.

*L'opération est décidée :* Deux voies sont au pouvoir du chirurgien pour arriver directement sur l'épanchement sanguin et l'évacuer : d'une part, la voie abdominale, d'autre part la voie vaginale. Très en faveur pendant longtemps, cette dernière est encore suivie pres-

(1) *Sem. médicale*, 6 janvier 1886.
(2) *Annales de gynécologie*, janv. 1878, p. 1-15.

que exclusivement par beaucoup d'auteurs. Toutefois, la chirurgie abdominale est si bien réglée aujourd'hui, grâce aux pratiques de l'asepsie et de l'antisepsie qu'en présence d'un épanchement sanguin intra-péritonéal, le chirurgien ne doit plus tant se préoccuper du procédé opératoire lui-même que du mode d'intervention qui conviendra le mieux au cas présent.

### Voie abdominale.

*Avantages et indications.* — Par ce procédé, l'exploration du champ opératoire est aisée, le chirurgien n'opère pas à l'aveugle et peut se rendre compte de l'état des parties (quantité et qualité du sang épanché, état du péritoine, présence de débris fœtaux, état des annexes, source de l'hémorrhagie, etc.).

C'est une intervention souvent radicale : l'hématocèle n'est qu'un épiphénomène et cette opération permet non seulement d'enlever en une fois toute la masse du sang épanché, mais encore de supprimer la lésion causale ; dans ces conditions nous avons vu combien sont fréquentes les lésions des annexes ; dans la majorité des cas, il faudra donc, tôt ou tard, avoir recours à leur ablation. Voici les dernières conclusions d'un travail du professeur Charles Read, de Cincinnati, analysé dans le traité clinique des maladies des femmes de Lawson Tait :

« En devenant un corps étranger, le produit de la conception même, reste une source constante de dangers. La trompe lésée et laissée en place ne peut pas servir à autre chose qu'à constituer une formation pathologique. La laparatomie est donc indiquée dans le but : 1° de reconnaitre l'hémorrhagie ; 2° d'enlever les débris dangereux ; 3° d'enlever des annexes devenues inutiles ; 4° de s'opposer à la septicémie. »

L'hémorrhagie, quoique redoutable dans certains cas, peut être définitivement arrêtée et l'on n'a pas à redouter dans la suite ces hémorrhagies successives qui, par leur répétition, amènent rapidement une terminaison fatale : les exemples sont nombreux de malades ayant succombé dans ces conditions.

Par la voie abdominale on n'a pas à craindre, comme lorsqu'on opère par le vagin, que toute circulation placentaire ait cessé, et ce laps de temps est encore assez long. D'après ce qu'il a observé,

Pinard croit que la circulation inter-kysto-placentaire disparaît six semaines après la mort du fœtus et qu'alors seulement les dangers de l'hémorrhagie causée par l'incision du placenta ne sont plus à redouter. On peut donc opérer de meilleure heure; par là on abrège les convalescences interminables, interrompues par des rechutes, qui accompagnent souvent les opérations par le vagin et qui affaiblissent l'état général.

Si l'épanchement sanguin s'accompagnait de réaction péritonéale, la laparotomie aurait encore cet avantage de servir à la fois à l'évacuation du kyste hématique et au traitement des lésions de la péritonite.

Enfin, il est toute une série de faits dans lesquels, bien que les commémoratifs et l'évolution de la maladie donnent tout lieu de croire à l'existence d'une hématocèle pelvienne, le diagnostic reste douteux : c'est dans ces cas que la laparatomie présente le double et précieux avantage d'assurer d'abord le diagnostic et d'être souvent le premier temps de l'intervention.

La laparatomie nous parait donc indiquée :

1° Dans le cas d'hématocèles aiguës ou cataclysmiques, quand le collapsus n'a aucune tendance à s'atténuer et que l'issue apparaît comme devant être rapidement fatale ;

2° Lorsque, après une accalmie consécutive à des phénomènes d'hémorrhagie interne grave, apparait une seconde crise analogue à la première avec tendance aux lipothymies, syncopes, collapsus, etc., il ne faut pas hésiter à opérer : l'affection a beaucoup de chances pour appartenir à la catégorie de ces cas qui évoluent par hémorrhagies successives.

3° Si l'épanchement est volumineux et n'a aucune tendance à se résorber ou à s'enkyster (l'opération, du reste, devient quelquefois urgente à cause des douleurs qu'il provoque et de la cachexie profonde qu'il détermine), si l'hématocèle après avoir diminué notablement de volume vient à augmenter tout à coup, si la tumeur est franchement abdominale et ne bombe pas vers le vagin, la laparatomie est indiquée ;

4° Par la laparatomie précoce, le chirurgien aura souvent cet avantage d'évacuer une tumeur sanguine non septique et c'est là une condition des plus favorables.

5° Enfin lorsque par son volume, la tumeur sanguine devient une

complication (étranglement interne, cas de Prengrueber et Vicente), compression de l'uretère (cas de Dumontpallier), la laparatomie sera l'opération de choix.

*Inconvénients et contre-indications.*

La laparatomie, il est vrai, n'est point à la portée de tout le monde, elle exige une certaine pratique de la chirurgie et une observation rigoureuse des lois de l'asepsie et de l'antisepsie. C'est là une objection assez spécieuse et sur laquelle il n'est point utile de s'arrêter.

L'état de la malade est si grave au moment où le chirurgien est appelé que l'opération elle-même aggrave encore la situation ; l'opérée peut mourir pendant l'intervention : du reste, la cavité abdominale ouverte, on sait combien les hémorrhagies se produisent souvent avec la plus grande facilité, dès qu'on touche aux adhérences de formation nouvelle (Kaltenbach), au placenta. Et ces nouvelles pertes de sang jointes à l'état presque exsangue de la malade ne pourraient que hâter le dénouement. A cela on peut répondre que, même dans des cas regardés comme désespérés, certains chirurgiens ont, par la laparatomie, sauvé un nombre assez considérable de malades, et que la technique opératoire est aujourd'hui assez perfectionnée pour écarter d'une façon très efficace la possibilité de toute perte de sang.

Il y a une objection plus sérieuse dans ce fait, que l'hématocèle ne présente pas toujours une poche, dont les parois soient assez résistantes, pour pouvoir être suturées aux bords de l'ouverture de l'abdomen et être ainsi isolées, du reste de la cavité abdominale; l'infection de la séreuse péritonéale peut en être la conséquence. On sait aussi combien, dans les hématocèles consécutives à la grossesse tubaire, les lésions (inflammations, suppurations, etc.) des annexes sont fréquentes et augmentent encore la facilité de l'infection. C'est là un écueil, un danger assez sérieux, mais qu'un chirurgien prudent et habile pourra aisément éviter et surmonter (V. la technique). Pour nous résumer, nous croyons que l'on ne doit point avoir recours à la laparotomie : 1° dans le cas d'hématocèle même volumineuse qui diminue progressivement et sans réaction ; 2° lorsque la tumeur est plutôt vaginale qu'abdominale et que le chirurgien est appelé seulement longtemps après le début des accidents.

Enfin, le chirurgien pourra être appelé à faire la laparo-élythrotomie dans les cas analogues à celui rapporté par Pozzi, à la séance de la Société de chirurgie du 8 avril 1891 :

« M. Pozzi. — Dans un cas récent, j'ai pu, par la laparatomie, enlever la trompe malade d'où venait le sang, puis, tenant le ventre fermé provisoirement par des compresses-éponges et par la main des aides, évacuer par une incision vaginale le sang de l'hématocèle, en respectant le voile d'adhérences qui la limitait du côté du ventre. C'est l'association de l'élythrotomie avec la laparotomie ; celle-ci m'ayant permis d'enlever une partie du mal et d'explorer le reste.

« M. Schwartz. — Il y a un an, avec M. Routier, j'ai fait une opération analogue à celle de M. Pozzi. J'ai abordé par la laparatomie une vieille hématocèle, puis, reconnaissant l'impossibilité de la traiter ainsi, je l'ai évacuée par l'incision vaginale. »

## Laparatomie sous-péritonéale

M. Pozzi l'a préconisée en 1886, à la suite d'un très beau succès dont il a relaté l'observation (1) suivie des considérations suivantes : « La laparatomie sous-péritonéale réunit les avantages suivants : on opère à ciel ouvert et commodément ; on aborde la poche sans traverser la grande cavité péritonéale ; on peut y faire une ouverture large et facilement maintenue béante, par laquelle l'évacuation immédiate de la plus grande partie du contenu est aisément obtenue ; enfin le drainage peut être assuré mieux que par aucune autre voie, ainsi que les injections détersives, si utiles dans une grande cavité morbide. »

On trouvera la description de cette méthode dans le traité de gynécologie de l'auteur. M. Pozzi a depuis modifié sa manière de voir et il restreint les indications de ce procédé aux cas surtout où la tumeur est volumineuse et vient faire saillie du côté de la fosse iliaque ; MM. Jeannel (2) et Terrillon (3) en ont publié aussi deux très belles observations.

(1) Pozzi. *Gaz. méd. de Paris*, 1886, p. 329. *Bull. de la Soc. de ch.*, 14 avril 1886.
(2) Jeannel. *Revue médicale de Toulouse*, 1er mars 1887.
(2) Terrillon. *Leçons de clin. chirurg.*, Paris, 1889, p. 345.

### LAPARATOMIE TRANSPÉRITONÉALE POUR HÉMATOCÈLE PELVIENNE INTRA-PÉRITONÉALE

*Technique opératoire.* — Les différents temps de cette opération ont été trop bien décrits dans ces dernières années pour que nous ayions la prétention d'en reprendre l'étude ; nous nous bornerons donc à en exposer le résumé en insistant seulement sur quelques points de détails :

La cavité péritonéale étant ouverte par une incision médiane, remontant, selon les circonstances, plus ou moins haut vers l'ombilic et pratiquée selon les règles ordinaires de toute laparatomie, plusieurs cas peuvent se présenter.

On peut être appelé à intervenir pour une de ces hématocèles aiguës (que nous avons décrites) ou de date très récente ; il faut, dans ce cas, aller immédiatement à la recherche de la source de l'hémorrhagie et l'arrêter. Certains auteurs conseillent de pratiquer avant tout la ligature des vaisseaux utéro-ovariens, mais la recherche de ceux-ci est toujours assez délicate au milieu de la masse de sang qui remplit l'abdomen et la vie de la malade est subordonnée à la rapidité de l'arrêt du sang ; aussi nous paraît-il préférable d'appliquer une longue pince à forcipressure au ras de l'utérus, à la base du ligament large et, si le sang ne s'arrête pas, d'en mettre une seconde du côté de la paroi pelvienne. Ces pinces d'attente une fois placées, la cavité abdominale sera débarrassée avec soin de tout l'épanchement sanguin ; les caillots adhérents seront enlevés et la séreuse parfaitement détergée selon les procédés usités (grands lavages, éponges, compresses stérilisées, etc.). Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis du placenta ? « Un certain nombre d'opérateurs (1) avaient proposé de ne jamais tenter aucune extirpation du placenta tant qu'il ne s'était pas écoulé le temps nécessaire à l'oblitération de ses vaisseaux. Cette pratique amena des accidents multiples, hémorrhagie secondaire, septicémie, sans compter les lenteurs de la guérison, amenées par la nécessité de laisser un trajet fistuleux entre le sac et l'extérieur ». « Nous sommes heureux, ajoute l'auteur, de rapporter dans notre travail un certain nombre d'opérations où la conduite contraire

(1) REGNAULD. Th. Paris, 1891, p. 87.

a été couronnée de succès. Si en effet, on va immédiatement détacher le placenta on voit de suite l'hémorrhagie diminuer dans de notables proportions. Les faits que nous avons étudiés, nous autorisent à conseiller la même manière de procéder. Ce temps de l'opération sera du reste facilité par l'hémostase préventive que nous avons indiquée plus haut. La ligature immédiate du ligament large à sa base est du reste nettement indiquée par Lawson Tait, qui raconte en ces termes comment il fut amené à agir ainsi :

Après la terrible leçon, dit-il qui me fut donnée par le cas de M. Hallwright, je ne rencontrai pas d'autre cas de grossesse tubaire rompue ou soupçonnée comme telle, jusqu'au jour où je fus appelé à Wolverhampton, par M. Spackman, le 17 janvier 1883. Il ne pouvait exister aucun doute sur la nature de ce cas et M. Spackman, avait posé son diagnostic avant de me faire appeler. La malade se mourrait d'hémorrhagie, et je procédai de suite à l'incision abdominale. Le fœtus, âgé d'environ une douzaine de semaines, était couché parmi les caillots et les anses intestinales, avec lesquels le placenta, en partie expulsé, avait contracté des adhérences récentes. Je les détachai avec soin, mais je provoquai ainsi une hémorrhagie profuse. Je perdis beaucoup de temps à essayer d'arrêter cette hémorrhagie, de sorte que lorsque l'opération fut terminée, ma malade était à peu près morte. Tout ce que je puis dire c'est qu'elle respirait encore lorsque nous la couchâmes dans son lit.

Ce cas me donna beaucoup à réfléchir, car ce fut un amer désappointement; j'avais espéré obtenir un grand triomphe et j'avais tout simplement un échec. J'arrivai bientôt à la conclusion que j'avais commis une erreur de technique, que la vraie méthode d'opérer dans ces cas était de détacher rapidement les adhérences sans s'inquiéter du sang, d'arriver de suite et rapidement sur la véritable source de l'hémorrhagie, le ligament large, de le lier à sa base, puis d'enlever à loisir les débris de l'œuf et les caillots.

Actuellement j'ai procédé ainsi dans 39 cas et je n'ai eu qu'un seul insuccès ; je crois donc pouvoir dire sans crainte que j'ai réalisé ainsi un véritacle triomphe chirurgical. Mon exemple a été largement suivi, et le succès a été presque général.

La kyste fœtal sera ensuite extirpé entre deux ligatures et le chirurgien fera un examen soigneux des annexes du côté opposé pour les enlever s'il y a lieu. Le reste de l'opération ne présente rien de

plus à signaler; il est bien entendu que l'incision de l'abdomen ne sera complètement refermée que si l'état de la cavité abdominale le permet.

Si au contraire on est appelé à intervenir lorsque l'hématocèle est de date plus ancienne, il faudra : « si possible fixer la poche à la paroi abdominale par une véritable marsupialisation, la vider, la tamponner et la drainer, mais cette manœuvre théorique est rarement praticable vu l'absence d'une poche caractérisée et résistante; ses parois n'ont le plus souvent aucune individualité et sont fermées seulement par l'agglutination des parties voisines; on pourra être, alors obligé de se borner au lavage antiseptique de la cavité et à son abandon pur et simple dans l'abdomen ». « Il serait prudent, ajoute l'auteur, en pareil cas, de faire le drainage capillaire et le tamponnement à la gaze iodoformée » : c'est en effet là un procédé des plus sûrs et dont beaucoup de chirurgiens, comme en font foi plusieurs de nos observations, se sont fort bien trouvé. Le tamponnement de Mikulicz devra aussi être employé toutes les fois qu'à côté de la poche sanguine se trouvera une collection purulente dont l'effraction, à la suite de tentatives de décortication par exemple, aura été susceptible d'infecter le petit bassin.

Quant aux hématocèles compliquées de péritonite ou d'hématocèles suppurées, elles rentrent dens le cas du traitement chirurgical des péritonites ou des abcès pelviens; nous ne faisons que les signaler.

Obs. inédite (communiquée par M. Tuffier). — *Hématocèle rétro-utérine caractérisée par une masse considérable faisant saillie de l'abdomen jusqu'au-dessus de l'ombilic et de chaque côé de la ligne médiane de plusieurs travers de doigt, surtout du côté gauche, remplissant le cul-de-sac de Douglas et immobilisant l'utérus. Laparotomie. Guérison.* — Marie, Mal..., blanchisseuse, 34 ans, entre le 7 avril 1891. Réglée depuis l'âge de 14 ans, mal réglée étant jeune fille, a fait une 1re grossesse en 1884.

Une 2e grossesse en 1885. C'est depuis ce moment qu'existent des douleurs dans le ventre.

Il y a deux ans, la malade eut une perte qui dura deux mois, accompagnée de douleurs, et fit peut-être une fausse couche.

Le jour de la mi-carême, étant au lavoir, elle fut prise de douleurs aiguës,

Pozzi. *Loc. cit.*, p. 833.

de nausées. Elle dut interrompre son travail. Elle prit le lit où elle resta 8 jours. Le ventre avait grossi. Au bout de 8 jours, les douleurs avaient diminué. La malade reprit son travail une semaine, puis dut rester définitivement au lit. Quelques jours après elle entre à l'hôpital.

Chez elle, la malade avait des vomissements, de la fièvre, de la diarrhée. Tous ces symptômes existent encore à l'entrée.

Le facies, en outre, est celui d'une malade infectée.

Le diagnostic est porté à l'entrée, et l'intervention faite le lendemain.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, sous chloroforme.

Après ouverture du péritoine, on arrive sur des caillots sanguins qui constituent toute la masse sans qu'il y ait encore de poche bien constituée. Pas de petite poche. Pas de pus. Les caillots sont évacués. Lavage à l'eau bouillie. Nettoyage avec des éponges. La fixation des parois de la poche offre de nombreuses difficultés, et est faite avec du catgut.

Drainage capillaire avec de la gaze iodoformée.

Sutures superficielles aux crins de Florence. Pansement iodoformé.

La température reste élevée les quatre premiers jours, puis tombe progressivement. Les pansements sont répétés tous les deux jours. La guérison est obtenue en 3 semaines environ, la malade sort de l'hôpital.

OBS. W. J. LUSK. — Extrait d'un mémoire lu à l'Assistance méd. de l'Int. de New-York, le 25 septembre 1889. (Traduit par le Dr Bonnet). In *Nouvel. Arch. d'obst. et gyn.*, 1889, p. 503. — *Grossesse tubaire du côté gauche. Rupture. Enorme épanchement sanguin intra-péritonéal. Laparotomie. Drainage. Guérison.* — Le 19 novembre 1888, je fus appelé en hâte près de Mme S..., âgée de 19 ans, en état de shock et d'anémie profonde.

J'appris qu'elle était mariée depuis 3 ans et qu'elle était accouchée il y a un an, à terme d'un enfant mort. Depuis cette couche, elle avait une leucorrhée profuse et souffrait de la région inguinale droite.

La malade avait eu deux mois d'aménorrhée, mais sans ressentir aucun symptôme subjectif de grossesse.

Le 10 novembre, apparut un écoulement séro-sanguinolent par le vagin ; le 11, crampes, faiblesses, nausées et quelques vomissements ; pas de troubles intestinaux auxquels on put rapporter les douleurs abdominales. Des attaques semblables, quoique de moindre intensité, se reproduisirent journellement ; ordinairement le matin jusqu'au 18. Ce jour là, les douleurs étaient extrêmement intenses, lorsque Mme S..., devint subitement pâle et

eut une syncope qui dura environ 20 minutes. Lorsqu'elle reprit connaissance, elle resta froide, agitée, en proie aux nausées et aux vomissements.

Sur le conseil du Dr Janway, je fus appelé dans la soirée du 19, par le Dr Agan, médecin de la famille.

Comme je l'ai indiqué je trouvai la malade excessivement anémique et vomissant constamment, pouls 140, les douleurs abdominales avaient cessé. A l'exploration vaginale, l'utérus fut trouvé un peu refoulé à gauche latéralement et, en arrière de l'utérus, des masses irrégulières et de consistance molle, empêchaient la nette exploration des annexes.

Le diagnostic fut : rupture de grossesse tubaire avec hémorrhagie intrapéritonéale, il fut confirmé le lendemain par l'expulsion d'une membrane déciduale. La laparotomie fut conseillée et, malgré l'état de faiblesse de la malade, elle fut transportée le jour suivant à l'hôpital St-Vincent où elle arriva dans un état de prostration qui ne laissait guère d'espoir. Durant la nuit le Dr Mitetsell médecin résident resta près d'elle et lui administra toutes les heures une once de whiskey et toutes les deux heures, cinq gouttes de teinture de digitale. Vers 8 heures du matin la malade était beaucoup mieux, le pouls était retombé à 100 et avait repris de la force.

A 10 heures du matin, la malade fut transportée dans la salle d'opération et ethérisée, les précautions antiseptiques habituelles observées.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula au moins deux litres de liquide sanguin foncé. Avec la main, je trouvai la cavité pelvienne pleine de caillots qui furent soigneusement enlevés. La trompe gauche était dilatée près de son extrémité frangée.

En l'amenant hors de l'abdomen on put voir que l'hémorrhagie provenait d'un sac inclus dans le ligament large et rompu dans la cavité abdominale. Une forte ligature à la soie (nœud de Staffordshire) fut placée de manière à comprendre la trompe, le sac et l'ovaire du côté gauche, la masse ligaturée fut détachée au thermocautère et le pédicule cautérisé, la cavité abdominale irrégnée avec la solution de Thiersch, puis rapidement épongée et un large tube à drainage laissé en place. Pansement antiseptique habituel.

L'opération avait duré environ 45 minutes. A midi la malade consciente, déclarait se sentir très bien. Dans l'après-midi pendant un effort de vomissement, il s'écoula une telle quantité de liquide sanguinolent par le drain qu'on put craindre tout d'abord une véritable hémorrhagie; cependant l'état général était progressivement rassurant, aussi se résolut-on a attendre plutôt qu'a réouvrir l'abdomen. Le lendemain, le liquide retiré du tube à chaque pansement ne dépassait pas quelques grammes et devenait de plus en plus

séreux ; il mit cependant 4 jours à devenir tout à fait incolore et, finalement le drain fut retiré. On peut admettre que cet écoulement provenait de l'évacuation imparfaite par le syphon, après l'irrigation abdominale, et ne reconnaissait point pour cause une hémorrhagie consécutive.

L'expulsion brusque du liquide retenu pendant le vomissement fut plutôt un heureux accident qui influa favorablement sur la marche de la convalescence.

L'après-midi du 1er et du 2e jour, la température s'élève à 101° F, et le pouls à 116 ; puis la première se maintient au-dessous de 100° et le pouls qui pendant quelques jours approcha parfois de 100, tomba à la normale à la fin de la semaine.

A partir de 2 heures et demie, le jour de l'opération, on fit prendre à la malade par la bouche, une cuillerée de thé fort, toutes les 10 minutes et 1/4 de cuillerée de brandy toutes les 20 minutes ; par le rectum, brandy une once, teinture d'opium 15 gouttes, eau trois onces toutes les 4 heures. La malade ne souffrant pas, l'opium fut donné seulement à cause de l'anémie cérébrale et cessé au bout de 24 heures.

Dès que l'influence de l'éther fut épuisée, tout vomissement cessa et la malade altérée but de l'eau gazeuse à discrétion. Le 3e jour, deux onces de brandy et autant de lait furent ajoutées au lavement toutes les 2 heures ; le 4e jour, une rôtie, du riz bouilli, des œufs, du café et du thé furent pris avec plaisir. La convalescence n'eut pas d'interruption.

La malade dormait bien ; toutes les fonctions étaient régulières et elle reprit rapidement des couleurs. Le 4 décembre elle fût autorisée à s'asseoir ; le 17, la plaie extérieure et le trajet du drain étant parfaitement cicatrisés, la malade rentra chez elle. Un mois après elle pouvait aller au bal et danser toute une soirée : sa santé est depuis l'opération meilleure qu'elle n'a jamais été.

*Examen des pièces :* L'embryon correspond à environ six semaines. Un caillot entoure les parois de l'œuf, et, à la partie supérieure, la paroi tubaire est tellement amincie qu'elle semble recouverte seulement du péritoine. C'est cependant à la partie inférieure que s'était produite la rupture. Au début s'est faite une hémorrhagie dans l'épaisseur du ligament large : sous l'influence de la pression exercée par l'épanchement sur le feuillet postérieur, celui-ci s'est dilaté en sac dans lequel on a trouvé, au moment de l'opération, une ouverture du diamètre du pouce.

Les caillots trouvés dans ce sac étaient de consistance plus molle que celle qui entouraient l'œuf.

Obs. inédite. (Communiquée par M. Ch. Nélaton). *Hématocèle rétro-utérine. Laparatomie. Drainage de Mikulicz. Guérison.* — H... Angèle, âgée de 28 ans, entrée le 21 août à la salle Lenoir, lit n° 10.

*Antécédents.* — Otite moyenne à 4 ans; consécutivement, obstruction complète du conduit auditif externe du côté droit, et surdité.

*Réglée* à 17 ans, premières règles très abondantes, durant 3 jours, douloureuses.

Un mois après, fièvre typhoïde grave, convalescence longue.

Trois mois après les 1es règles, l'écoulement menstruel devient moins abondant, durant à peine 2 jours. 1re grossesse à 19 ans, enfant à terme bien portant.

Depuis lors, règles toujours irrégulières, peu abondantes, douloureuses. Pertes blanches pendant 2 ans.

Il y a 2 ans, elle a eu l'influenza et les règles se sont arrêtées pendant 2 ans.

Cette année, il y a 4 mois (à la suite d'une contrariété), la malade s'est trouvée mal, est tombée ; ses règles qui étaient arrêtées depuis 2 mois sont subitement reparues abondantes, avec de gros caillots, et ont duré sans discontinuer jusqu'au 7 septembre sous forme d'écoulement séro-sanguinolent. Elle n'a cessé de souffrir depuis ce moment et son ventre a beaucoup grossi.

Elle a de fréquentes envies de vomir, et les douleurs plus vives, au moment des règles, sont localisées dans l'hypogastre et les fosses iliaques.

*Examen local.* — Utérus collé derrière la symphise du pubis, tout en haut, petit.

Dans le cul-de-sac postérieur, grosse tumeur fluctuante qu'on retrouve par la palpation dans la fosse iliaque droite; la fluctuation ou les mouvements se transmettent de ces 2 points.

Au-dessus de cette masse principale, dans la fosse iliaque droite, petite tumeur dure, résistante, non fluctuante qui semble accolée à l'autre.

Du côté gauche, autre tumeur, qui se réunit derrière l'utérus à la masse principale et semble siéger dans les annexes gauches.

Le premier diagnostic porté est hématocèle rétro-utérine due à une grossesse tubaire rompue.

Pendant son séjour dans le service, la malade a plusieurs accès de douleurs vives dans le ventre, avec nausées, ne cédant qu'aux piqûres de morphine.

Ces accès se répètent de plus en plus souvent, la malade maigrit, et demande une intervention.

Le 17 septembre. Laparotomie.

Du côté droit, trompe distendue par des caillots anciens, se continuant avec une poche qui remplit tout le cul-de sac de Douglas, et contenant également une masse de caillots.

La décortication de cette poche est absolument impossible sans déchirer le rectum, en sorte qu'elle est laissée en partie. La trompe et l'ovaire du côté droit sont enlevés avec le reste de la poche de l'hématocèle. A gauche, kyste hématique de l'ovaire gros comme une mandarine. Ablation des annexes de ce côté. Grand lavage à l'eau bouillie.

Drainage à la gaze iodoformée (Mikulicz).

Le lendemain à 3 heures de l'après-midi, frisson, 39°, vomissements incessants. Opium.

Le drainage à la gaze iodoformée est supprimé le 3e jour, remplacé par un gros drain.

La température redescend le 4e jour à 37°, et les suites ont été excellentes.

Le 15e jour, la malade va très bien, il ne reste plus que l'orifice de drainage à cicatriser.

Obs. — Tuffier et Rodriguez. *Bull. de la Société anat.* de Paris, octobre-novembre 1891, fascicule n° 20, p. 589. — *Hématocèle pelvienne intra-péritonéale consécutive à une grossesse tubaire. Laparotomie. Suites favorables.* — Femme âgée de 32 ans, entrée à l'hôpital Beaujon, le 2 septembre, dans le service de M. Fernet.

Mariée à 25 ans, elle a eu 4 enfants avec de bonnes couches. Jamais de pertes blanches avant son mariage ni dans l'intervalle de ses trois premières couches. Il y a dix mois, après sa quatrième couche, elle se sentit fatiguée plus qu'elle ne l'avait été après ses couches antérieures. Sept mois après sa quatrième couche, elle commence à perdre en blanc. Elle avait toujours été bien réglée, cependant vers le huitième mois ses règles qui, auparavant duraient cinq jours, ne durèrent que deux ; elle eut en revanche des douleurs très vives au périnée, douleurs qu'elle compare à un coup de couteau. Ces douleurs remontèrent le même jour, vers le ventre qui se ballonna. C'est deux jours après ces manifestations qu'elle entre à l'hôpital.

La moyenne de sa température est 38°,5. Elle n'a pas d'appétit mais une soif très intense. Au sixième jour de son séjour à l'hôpital, elle commence à perdre en rouge, ces pertes vont en augmentant jusqu'au 14e jour, c'est à ce moment qu'elle passe en chirurgie.

M. Tuffier l'examine. Il sent à la palpation dans la fosse iliaque droite une tuméfaction dure légèrement rénitente et mal limitée.

Peu de chose du côté gauche. Au toucher le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur pâteuse, le cul-de-sac droit, très douloureux est également empâté, col dévié en arrière, utérus en antéversion. On fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine coiffant tout le corps de l'utérus en arrière et en haut, hématocèle qu'on croit due à une grossesse extra-utérine.

La malade est opérée le 2 novembre. On trouve en effet une masse de caillots, les uns anciens les autres plus récents, occupant la face postérieure de l'utérus et empiétant sur tout le côté droit; au milieu des caillots, on trouve la trompe droite volumineuse, rouge, et sa grosse extrémité excavée et recouverte de caillots assez récents. Parmi ceux-ci on en distingue un, allongé, large de 2 à 3 centim. et long de 6. On constate que c'est un fœtus, très bien conservé, non macéré, n'ayant subi aucune dégénérescence; le fœtus était logé dans l'excavation de la trompe et maintenu au fond de cette excavation par son cordon absolument intact.

En somme, grossesse tubo-péritonéale très nette.

On fit une ligature au ras de la corne utérine et on enleva la trompe que j'ai l'honneur de vous présenter ; le petit bassin fut débarrassé de tous les caillots qu'il contenait. On ne fit ni lavage, ni drainage, le péritoine fut réuni ainsi que les téguments par quatre plans de sutures superposés. Réunion par première intention. Pansement à la gaze iodoformée.

La malade qui est au sixième jour de son opération. se porte très bien.

## Voie vaginale

*Avantages et indications.* — L'incision vaginale offre généralement cet avantage de présenter une technique opératoire plus simple et de ne pas nécessiter une grande pratique chirurgicale. Toutefois, elle exige des conditions d'asepsie et d'antisepsie rigoureuses, et pour les instruments, et pour le champ opératoire. On sait que c'est là l'origine des résultats désastreux donnés par cette méthode dans les premiers temps de sa mise en pratique (de Récamier à Nélaton).

Il faut reconnaître cependant que cette méthode donne aujourd'hui de très bons résultats, mais encore faut-il qu'elle réunisse un certain nombre d'indications qui nous paraissent être les suivantes :

La tumeur doit être franchement vaginale, c'est-à-dire qu'elle doit

déprimer plus ou moins fortement le cul-de-sac postérieur. Le diagnostic de l'épanchement à ce niveau doit être bien établi ; on est autorisé d'ailleurs à pratiquer une ponction capillaire avant de faire l'incision.

La période aiguë doit être passée ; il faut que l'hématocèle soit enkystée ou qu'elle ait au moins subi un commencement d'enkystement, afin qu'il n'y ait point communication entre l'ouverture vaginale et la grande cavité péritonéale sur la séreuse (action toxique du liquide injecté, entraînement par ce liquide de germes infectieux pouvant devenir l'origine d'une péritonite, etc.).

Il faut attendre la disparition de toute circulation placentaire (v. plus haut). D'après Schourinoff, il ne faut point attendre la prochaine menstruation dans la crainte d'une métrorrhagie et ne pas opérer avant trois semaines au moins, afin que les parois soient assez épaisses et que l'hémorrhagie interne ait cessé (1).

*Inconvénients et contre-indications.* — Lorsque la tumeur sanguine bombe à peine dans le vagin, lorsqu'elle est à peine tangible, on est alors forcé d'opérer presque à l'aveugle au fond de ce conduit. Dans certains cas, on peut aussi être fortement gêné par la présence du globe utérin. Dans le cas suivant de M. Nélaton, faute de place, et pour ne pas blesser le rectum, on a dû pour atteindre la tumeur enlever l'utérus par morcellement :

Observation inédite (communiquée par M. Ch. Nelaton). — *Hématocèle rétro-utérine. Incision par le vagin suivie de l'hystérectomie vaginale. Guérison.* — Wag. M..,, âgée d 30 ans, entre le 1er octobre 1891 à la Maison de santé, lit n° 29 bis.

La menstruration s'établit chez cette malade à l'âge de 15 ans, et fut régulière jusqu'à 22 ans environ, sans avance ni retard, les pertes étant peu abondantes. A partir de ce moment, elle remarqua au contraire tantôt une avance, tantôt un retard de ses époques, et depuis six ou sept ans elle a eu des pertes blanches dans l'intervalle des règles ; cette leucorrhée nécessita même des cautérisations.

La cause paraît devoir en être rapportée à une fausse couche probable qu'elle fit il y a sept ans ; après une interruption des règles durant trois mois, elle eut en effet une forte perte avec caillots, qui ne s'arrêta qu'au bout de trois jours.

(1) Schourinoff. *Medic. Obozrenje*, 1889, n° 6.

Enfin il y a un an, une des époques n'eut pas lieu. Jamais elle n'a eu d'enfants.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle eut tous les signes d'un début de grossesse : ses règles s'arrêtèrent, son ventre augmenta un peu de volume ; elle éprouva divers malaises. Elle-même se croyait enceinte. Tout allait bien, lorsqu'il y a un mois, elle fut prise brusquement d'une douleur atroce dans le bas-ventre, s'irradiant dans les côtés ; elle devint très pâle, incapable de se mouvoir, et fut sur le point de s'évanouir. En même temps elle perdit un peu de sang par le vagin. Les jours suivants, elle ressentit de nouveau une douleur, moins forte, qui partait « du fondement », dit-elle, remontant dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, et jusqu'aux reins. Elle eut ainsi plusieurs crises douloureuses séparées par des périodes d'accalmie. Elles augmentèrent à la suite d'une promenade en voiture qu'elle fit, les cahots ayant éveillé de violentes douleurs.

Un matin, il y a environ 15 jours, elle perdit un sang épais, noir, assez abondant, et depuis elle tache continuellement son linge.

Elle finit par consulter un médecin qui, le 30 septembre, fit une ponction dans la tumeur qu'il constata dans le côté gauche du bas-ventre. Cette ponction ne donna issue qu'à un peu de sang. Les douleurs augmentèrent à la suite, et il sortit par le vagin « du sang et des saletés », dit la malade, sans qu'elle puisse en indiquer la nature et la quantité. Le lendemain de cette ponction, elle entre à la maison de santé.

La malade est pâle, et son état général est très affaibli. Signes de péritonisme ; immobile dans le lit, elle ne souffre pas. L'appétit est conservé ; la langue est un peu saburrale ; le malade est en effet constipée et dit que depuis 15 jours elle vomit presque chaque jour.

Temp. 37°,5.

Le ventre ne présente à la vue rien d'anormal ; il est très légèrement augmenté de volume dans sa partie inférieure.

A la palpation, on reconnaît que la paroi a perdu sa souplesse et se contracte quand on veut la déprimer. La pression est partout douloureuse au niveau du bas-ventre, moins sur la ligne médiane, mais surtout du côté gauche. On constate l'existence d'une tumeur dure, immobile, qui occupe les deux fosses iliaques et l'hypogastre. Elle remonte à gauche jusqu'à la ligne qui réunit l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, à droite à moitié de cette hauteur. En bas, elle se perd dans le petit bassin.

Le toucher vaginal n'est pas très douloureux, le doigt arrive sur un col un peu gros, mou, entr'ouvert, rejeté en avant contre le pubis. L'utérus est

complètement immobilisé, et on ne peut nettement sentir son fond par la palpation combinée avec le toucher. En déprimant le cul-de-sac postérieur, on détermine une vive douleur, et l'on arrive sur une tumeur lisse, arrondie rénitente, qui se continue avec la tumeur abdominale. Elle est accolée à l'utérus, et on ne peut la mobiliser ; elle fait saillie également dans les culs-de-sac latéraux, surtout à gauche.

En pratiquant pour la première fois le toucher, M. Nélaton ramène une membrane à moitié sortie de l'utérus, qui est reconnue pour un fragment de caduque ; il porte alors le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Les jours suivants, on tient la malade en observation, on lui fait des injections antiseptiques. Le repos diminue les douleurs ; la températuture oscille entre 37° et 37°,5.

*Opération* le 7 octobre. Après antisepsie du vagin et de la vulve, incision du cul-de-sac postérieur qui permet d'atteindre la tumeur ; mais faute de place, et de peur de blesser le rectum, celle-ci n'est pas incisée d'emblée et il est indispensable d'enlever auparavant l'utérus par morcellement ; les adhérences qui le maintiennent empêchent de l'extirper en totalité, et tout le fond de l'organe est laissé en place. Il est alors facile d'ouvrir la tumeur qui donne issue à du sang et une masse énorme de caillots, enlevés avec peine à l'aide du doigt et d'une injection. Au milieu des caillots, on trouve un embryon d'environ 6 cent. de long. Lavages antiseptiques. Pansement.

Les jours suivants, la température s'élève et atteint 39° le soir. Le 9 octobre, on retire les pinces qui ont déterminé une petite eschare de la fourchette vulvaire, on lave la plaie d'où sort un liquide noirâtre avec quelques caillots sentant très mauvais.

Le 10 octobre. Lavage. L'état de la malade va en empirant, la température reste élevée. Elle ne prend que des liquides glacés.

A partir du 12 octobre, lavage matin et soir ; le liquide revient très sale et fétide.

Le 13 octobre, la température atteint 39°,6.

A partir de ce jour, grâce aux lavages répétés, la température baisse peu à peu ; l'état de la malade s'améliore, mais une eschare se fait au sacrum, et atteint en peu de jours un diamètre d'environ 5 centim.

Le 20 octobre, la température atteint 37° ; on commence à alimenter la malade, qui s'intéresse plus à ce qui se passe autour d'elle. Les lavages sont de plus en plus propres, et à partir du 24 octobre, on n'en fait plus qu'un par jour.

Le 6 novembre, on constate au toucher que la plaie vaginale est cicatrisée. La malade se lève deux jours après. L'eschare sacrée diminue d'étendue.

La présence de l'artère utérine, la terminaison des uretères, etc., deviennent aussi une source de dangers lorsque la tumeur n'apparait pas nettement. Enfin, l'hémorrhagie qui se produit après l'ouverture de la poche, peut quelquefois être mortelle. Cette hémorrhagie est tantôt immédiate; tantôt elle ne survient que secondairement (nous n'avons point en vue ici l'écoulement hémorrhagique consécutif à la section des tissus vaginaux qui doublent la poche sanguine et dont l'hémostose est facile.)

Dans le premier cas, l'hémorrhagie est produite par les restes du placenta ou le placenta lui-même directement intéressé par l'incision et il est presque toujours impossible d'arrêter l'hémorrhagie. Dans le second, l'hémorrhagie survient plus ou moins longtemps après l'opération, alors que rien ne faisait prévoir un pareil évènement. Le placenta doit encore être mis en cause dans cette seconde éventualité.

Lorsqu'on a affaire à cette forme d'hématocèle qui procède par hémorrhagies successives, il est impossible d'arrêter l'hémerrhagie par cette voie ; le tamponnement est impuissant.

La grandeur de l'incision elle-même devient une source d'ennuis, ses dimensions étant fixées dans des limites quelquefois trop étroites en raison des dangers du voisinage. Dès lors, non seulement l'écoulement des liquides est imparfait, le drainage de la poche insuffisant, mais encore l'ouverture elle-même tend continuellement à se fermer, si le chirurgien n'y apporte la plus grande attention.

Observation personnelle. — *Hématocèle retro-utérine traitée à deux reprises par l'incision vaginale et le drainage. Convalescence prolongée. Guérison.* — M... J., âgée de 38 ans, blanchisseuse.

*Antécédents héréditaires.* — Père vit bien portant. Mère morte suite de couches. Une sœur atteinte actuellement d'une affection de l'abdomen de nature indéterminée. Un frère mort de la fièvre jaune.

*Antécédents personnels.* — En dehors d'une petite vérole à 3 mois, rien de grave.

Réglée à 18 ans, époques pénibles durant un an forçant la malade au repos deviennent ensuite régulières.

Deux mariages. Du second, en 1887, accouchement avant terme (7 mois et demi) d'un enfant mort. Retour des règles normal. Il y a 4 ans, suspension momentanée des menstrues, sans raison appréciable ; puis lors d'un

effort, apparition de métrorrhagies plus ou moins abondantes qui persistent durant 18 mois. Ne suit néanmoins aucun traitement jusqu'en 1889, où elle rentre dans le service de Trélat. Là, semble-t-il, il y aurait eu constatation d'une fausse couche. Le curettage pratiqué permet à la malade de sortir au bout de 15 jours, assez améliorée pour pouvoir reprendre, au bout de 3 semaines, ses occupations. En janvier 1890 toutefois, elle revient à la consultation externe, on constate une inflammation des annexes qui guérit après un mois de traitement par injections, on ordonne le port d'une ceinture abdominale. Depuis, la malade accuse, à intervalles assez irréguliers, principalement lors de fatigues, des douleurs dans le flanc gauche.

En juin 1891, après un retard de quatre jours, elle aurait eu, à son dire une métrorrhagie qui, mal traitée, aurait duré un mois.

Fin octobre, lors de l'époque de ses règles, violente contrariété; retard consécutif d'un mois ; les menstrues apparaissent brusquement après une journée au lavoir. A ce moment elle ressent de violentes douleurs dans le bas-ventre et des vomissements, des troubles de miction. Elle se décide à garder le lit durant quelques jours, car elle voit se produire chaque fois qu'elle se lève, des pertes sanguines assez abondantes; mais fin novembre, les douleurs étant plus violentes, elle se décide à se soigner, et n'éprouvant aucun soulagement rentre de nouveau à l'hôpital.

*Examen local.* — Col de l'utérus abaissé, porté en avant, refoulé vers la symphyse pubienne.

Utérus mobile.

La palpation abdominale révèle une tumeur remontant à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic. Au toucher vaginal on sent que cette tumeur se prolonge un peu plus à droite et qu'elle est séparée de l'utérus par un sillon peu profond. La muqueuse vaginale glisse aisément sur cette tumeur qui présente à son sommet un point légèrement fluctuant.

Au toucher rectal, on constate que la tumeur est libre d'adhérences avec la muqueuse et ne remplit pas la concavité sacrée.

L'opération a lieu le 8 décembre 1891. Chloroformisation, incision au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, longue d'environ 2 centim., issue de près d'un litre de sang noirâtre, coagulé; lavage de la poche, introduction d'une mèche de gaze iodoformée.

10 décembre, Premier pansement. Lavage de la poche à l'acide borique Écoulement très léger. Nouvelle mèche iodoformée.

12 décembre. Par l'ouverture, on introduit un drain destiné à faciliter le lavage, et on l'enlève aussitôt après.

14 décembre. L'incision ayant des tendances à se fermer on laisse le drain à demeure et on pratique un tamponnement iodoformé. On continue à panser la malade de cette façon tous les deux jours. Pendant les premiers temps la poche se vide mal, mais le 24 décembre, après plusieurs injections d'acide borique, l'orifice donne passage a du sang coagulé, noirâtre, d'odeur fétide, dont la quantité peut être évaluée a 300 gr., on remet le drain à demeure et durant les jours suivants il s'écoule un liquide noirâtre mêlé de petits caillots dégageant une odeur infecte. Les pansements continuent à être faits tous les 2 jours et, chaque fois, on pratique d'abondants lavages à l'acide borique. l'écoulement reste le même jusqu'au 6 janvier où, pour la première fois, l'on constate l'issue d'un pus verdâtre épais dont la quantité peut être évaluée à 100 gr. Le 9 janvier M. Duplay remplace le drain par une mèche iodoformée, et ordonne des pansements quotidiens.

16 janvier. Chlorofórisation. Agrandissement transversal de l'incision vaginale. Évacuation d'une assez grande quantité de sang et de pus. Le doigt pénètre dans une cavité du volume d'une grosse orange; cette poche est bourrée de lanières de gaze iodoformée et le pansement est refait chaque jour avec le plus grand soin; depuis la malade se trouve beaucoup mieux ; la température est devenue normale, l'appétit est excellent, l'état local s'améliore rapidement.

Combien d'autre part est dangereuse la transformation purulente que la toilette la plus aseptique du vagin ne suffit pas quelquefois à prévenir. L'infection est en effet fréquente aujourd'hui encore. Les conséquences. est-il besoin de le dire. en sont toujours sérieuses, même dans les cas favorables où la convalescense simplement prolongée retarde une guérison dont la rapidité doit être considérée comme le résultat le plus désirable.

Il ne faut pas oublier en effet, que l'on se trouve, la plupart du temps, en présence d'une malade considérablement anémiée par les hémorrhagies intra-péritonéales, et dont l'état, par conséquent. est susceptible de s'aggraver sous l'influence de la plus légère complication. L'on doit tenir compte aussi de la coexistence si fréquente d'une lésion chronique des annexes. L'hématocèle guérie. celle-ci peut persister, et tôt ou tard il deviendra nécessaire de pratiquer la laparatomie. Semblable intervention se trouvera enfin indiquée dans ces cas si fréquents de douleurs abdominales persistantes par

lésion des ovaires ou adhérences, et, fait beaucoup plus rare, lors de ces grossesses tubaires à caractère récidivant.

### Opération par le vagin

*Technique opératoire.* — « L'incision est très préférable à la ponction; celle-ci ne permet pas l'issue des parties concrètes, se prête mal au nettoyage de la poche et peut le transformer en un clapier septique ».

La technique de l'incision est si bien connue que nous nous bornerons à exposer un court résumé de la méthode suivie aujourd'hui par le chirurgien. Schourinoff (1), à propos de 3 guérisons d'hématocèle par l'incision vaginale, cite un cas où il s'agissait d'une grossesse extra-utérine et où le péritoine épaissi fut réuni de chaque côté par un point de suture à la muqueuse vaginale. Voici son mode opératoire : incision longitudinale dans le cul-de-sac postérieur du vagin avec un couteau à deux tranchants ; l'ouverture est ensuite élargie par des incisions transversales. Lavage et curage prudent à l'aide d'une cuiller; suture du péritoine avec la muqueuse vaginale par quelques fils, tamponnement de la cavité et du vagin avec la gaze iodoformée, pansement compressif du ventre pendant 2 jours pour éviter une hémorrhagie ; plus tard irrigations antiseptiques.

Voici en terminant les conclusions d'un travail récent de M. Routier (2) qui après avoir été très partisan de la laparotomie dans le cas d'hématocèle et avoir obtenu de beaux succès, se range maintenant à l'opinion de Gusserow, de Roth, etc., et préfère la voie vaginale. Après avoir cité les 3 observations suivantes :

Obs. I. Femme de 36 ans, entrée le 6 juillet 1889, grosse hématocèle remplissant tout le petit bassin, remontant tout près de l'ombilic, et faisant dans le vagin une saillie convexe à la place du cul-de-sac postérieur ; début des accidents : 3 mois, état général progressivement mauvais, troubles continus de la miction et de la défécation. Incision par le vagin, le 25 juillet, issue de sang noirâtre, la cavité est nettoyée avec les doigts, lavée et drainée. Le 17 août, la malade sort complètement guérie.

(1) Schourinoff. *Loc. cit.*

(2) Routier. — Traitement chirurgical de l'hématocèle retro-utérine. *Ann. de gynéc.*, janvier 1890, p. 8-17.

Obs. II. Femme de 21 ans, entré le 26 août 1889. Pas de grossesse antérieure, hématocèle retro-utérine dont le début remonte au 28 septembre à la suite d'un arrêt brusque des règles et qui depuis est rapidement passée à la suppuration (temp. 39° 7).

Incision antéro-postérieure du cul-de-sac postérieur occupé par la tumeur issue d'un litre et demi de pus, l'index introduit dans la plaie tombe directement sur les anses intestinales et permet de distinguer les franges épiploïques, la face postérieure de l'utérus, l'ovaire et la trompe gauche libre ; l'ovaire et la trompe droite sont fixés par des adhérences. En raison de l'absence d'adhérences protectrices, pas de lavage, mais grosse mèche de gaze salolée. Le 23, la malade sortait complètement guérie.

Obs. III. — Femme de 42 ans, entrée le 13 octobre 1889 ; 3 jours avant, vers la fin de ses règles, vive douleur dans le ventre suivie de vomissements. Tuméfaction sus-pubienne remontant tout près de l'ombilic. Col très haut derrière le pubis. Le cul-de-sac postérieur est remplacé par une grosse tuméfaction qui remplit tout le petit bassin. Incis. par le vagin le 19. Un litre trois quarts de liquide infect. Lavage, grosse mèche salolée. Le 12 novembre, la malade est complètement guérie.

« L'incision sera faite suivant le plus grand axe de la tumeur, soit couche par couche, soit par ponction ; il importe seulement qu'elle soit assez grande pour permettre une facile exploration digitale de la cavité qu'on va ouvrir ; il faut qu'outre le doigt, une canule à lavage puisse passer en même temps par l'incision, afin que le liquide injecté retrouve une porte de sortie facile.

Le drainage de la cavité doit être fait avec des tubes en caoutchouc (soit un gros tube, soit deux tubes accolés et fixés au col ou maintenus le long des cuisses par des fils, soit avec une mèche de gaze odoformée). M. Bouilly fait d'abord le drainage avec une mèche de gaze iodoformée qu'il laisse 48 heures, puis avec un gros drain. Notre maître, M. Duplay, bourre la poche de tampons de gaze, sans cependant trop les tasser. L'antisepsie vaginale doit toujours être rigoureusement observée et l'on doit régulièrement s'assurer que l'ouverture de l'incision est suffisante.

Les soins consécutifs sont des plus simples. La quantité du liquide qui s'écoulera par les drains nous indiquera combien de jours il faut les laisser en place ; on devra par leur intermédiaire faire des lavages antiseptiques quotidiens. Les drains enlevés, de simples lavages vaginaux conduiront jusqu'à la guérison. »

Nous avons tenu à citer, en terminant, l'observation si intéressante due à l'obligeance de notre maître, M. Schwartz, en raison du manuel opératoire auquel il a dû avoir recours.

*Épanchement enkysté à la suite d'une hématocèle probable. Laparotomie. Impossibilité d'aborder la tumeur. Périnéo-élythrotomie. Guérison.* (Observation inédite communiquée par M. Schwartz.) — Mme Vil..., âgée de 54 ans, entre à la Maison municipale de santé, le 3 mars 1890, pour des accidents urinaires graves et en particulier de la rétention d'urine. L'affection qui l'amène a débuté pour elle, il y a 5 mois environ, par des douleurs dans le côté droit du bas-ventre, douleurs peu vives au début, mais continuelles. Malgré tout elle continua à vaquer à ses occupations, quand, il y a quinze jours, elle fut prise d'envies fréquentes d'uriner en même temps que la miction devenait très pénible. Peu à peu celle-ci devint complètement impossible et voilà dix jours qu'elle ne peut pas uriner, si on ne la sonde pas; elle éprouve des épreintes continuelles qui ne lui laissent aucun repos, ni nuit ni jour. En même temps que s'établissait la rétention d'urine, s'établissait aussi une constipation opiniâtre qui ne céde qu'à des purgatifs et à des lavements fréquents. Malgré son âge, elle est encore régulièrement réglée, elle n'a de pertes ni rouges, ni blanches et n'a jamais eu d'accidents au moins appréciables du côté des organes génitaux profonds.

Sa santé générale s'est rapidement altérée dans ces derniers temps, elle s'est affaiblie, a maigri, et perdu l'appétit.

Voici ce que nous montre l'examen direct. Malade à facies fatigué exprimant la souffrance, mais présentant encore une apparence assez robuste. Le pouls est fréquent, la température est à 39°. L'examen du ventre nous le montre un peu augmenté de volume à droite et dans la région hypogastrique. La palpation est douloureuse et quand on la fait profondément on tombe entre la fosse iliaque et le bassin à droite sur une saillie rénitente qu'il est impossible de limiter par en bas. Le toucher vaginal fait sentir le col de l'utérus abaissé, aplati contre la symphyse pubienne par une tumeur qui occupe tout le cul-de-sac postérieur et a dédoublé la paroi recto-vaginale jusqu'à quelques centimètres de la vulve. Cette tumeur oblitère presque complètement toute la partie profonde du vagin. On sent avec le doigt que le col utérin est ulcéré au niveau du point où il est refoulé et écrasé contre la symphyse du pubis. Le palper bimanuel fait constater que les tumeurs pelvienne et vaginale ne font qu'une, que cette dernière est en grande partie liquide et excessivement tendue.

Le 7 mars, ponction du cul-de-sac postérieur, issue de 150 gr. environ d'un liquide louche, séro-purulent.

Le 11. Laparotomie, impossibilité d'aborder la tumeur, alors position de la taille, dédoublement de la paroi recto-vaginale (Zuckerkandl), incision, issue de liquide séro-purulent, fausses membranes séro-fibrineuses.

Évacuation complète, lavage. Deux gros drains accouplés. Iodoforme. Cessation des accidents urinaires.

La malade présente des troubles cérébraux, délire, hallucinations durant 5 semaines. (Intoxication iodoformique ou urémie?)

Sort au bout de six semaines.

---

## NOTES

1. ORTHMANN.— *Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten.* — Orthmann s'est efforcé d'établir à l'aide du microscope le diagnostic entre l'hémato-salpinx et la grossesse tubaire au début. Il a fait à la clinique de Martin dix examens de pièces provenant de femmes opérées de grossesse tubaire, entre le 1er et le 2e mois. Voici la conclusion de ses recherches. Quand il existe à l'intérieur de la trompe un caillot dur, organisé, on peut très vraisemblablement admettre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire. L'hématocèle intrapéritonéale qui coexiste avec une grossesse tubaire provient ou d'une rupture du sac, ou d'une issue de l'œuf vers l'abdomen par le pavillon de la trompe. La présence de cellules déciduales n'est pas absolument nécessaire pour permettre d'affirmer la grossesse tubaire. On retrouve des villosités choriales dans tous les cas de grossesse tubaire dans les premiers mois.

2. KELLER. — *Zur Diagnose der Tubengravidität.* — Keller, dans un travail basé sur l'examen anatomique de trois grossesses tubaires au début, avance que le microscope permet d'établir le diagnostic de la grossesse en décelant la présence des villosités choriales ou de leurs produits de transformation. Les villosités peuvent manquer en certains cas, être altérées en d'autres. Leur épithélium au contact du sang se gonfle et se modifie; les noyaux de ses cellules persistent parfois longtemps, mais peuvent aussi disparaître : la couche épithéliale prend alors un aspect strié et homogène. Quant à la substance fondamentale des villosités, elle peut devenir granuleuse, trouble ; les noyaux cellulaires perdent la faculté de se colorer et disparaissent.

Toutes ces modifications ne s'accomplissent pas d'une façon successive et régulière et les lésions varient selon les points.

Les vaisseaux sanguins des villosités ne présentent pas de caractères assez définis pour permettre d'affirmer le diagnostic, car les caillots fibrineux présentent souvent des fentes qui ont le même aspect que ces vais-

seaux. La présence des cellules déciduales n'a de valeur au point de vue du diagnostic que lorsque l'œuf est tombé dans le péritoine. Un hématome tubaire où ne se trouvent ni villosités choriales, ni cellules déciduales peut cependant appartenir à une grossesse tubaire dont tous les traits caractéristiques se sont profondément altérés.

3. Klein. — *Zur anatomie der schwanguen Tube.* — Klein a examiné une série de préparations provenant d'une femme morte subitement de la rupture d'un kyste fœtal tubaire : il y a d'abord dilatation et amincissement des parois de la trompe sauf au niveau du point d'implantation de l'œuf ; plus tard, l'œuf grandissant, cette paroi hypertrophiée s'amincit à son tour. La caduque prolifère et envoie entre les villosités des prolongements qui les enveloppent, les compriment et peuvent produire des infarctus nécrotiques. Ces vaisseaux tubo-placentaires s'ouvrent librement dans les espaces intervilleux (In *Rev. d'Hayem*, 1891).

4. — Formad, de Philadelphie a rapporté à l'*Amer. gyn. Assoc.* de septembre 1889, que comme médecine légiste, il a vu dans un court espace de temps, 18 cas de mort par rupture d'une trompe gravide : Maygrier, dans sa thèse, a signalé aussi plusieurs cas où la rupture de la trompe avait été suivie de phénomènes si foudroyants qu'on avait cru à un empoisonnement et ordonné des autopsies judiciaires.

5. — Pour Walther (*Dissert. inaug.* Giessen, 1890), l'hématosalpingite a une grande importance car elle est souvent l'origine de l'hématocèle péritonéale : reste à savoir si cette hématosalpingite reconnaît toujours pour cause la grossesse tubaire. Walther après avoir rappelé l'opinion des auteurs n'ose se prononcer, mais il cite 2 observations. Dans ces 2 cas, malgré une série d'examens portant sur les différentes parties de la trompe, il n'a pu découvrir de villosités choriales; le résultat est resté absolument négatif, et, en terminant, Walther insiste sur ce fait qu'à première vue, certains caillots peuvent donner l'illusion des villosités choriales.

6. — Veit. Des épanchements sanguins intra péritonéaux. (*Sam. Klin. Vortræge*, N.-F. n° 15, 1891), rappelle la distinction de ces épanchements en 3 variétés : 1° Hém. dans la cavité libre du ventre ; 2° Hématocèle (dans la cavité pelvi-abdominale ; 3° Hématome (hém. dans le tissu cellul.).

---

## CONCLUSIONS

I. — Il résulte des travaux publiés depuis 1885, et des relevés statistiques que nous avons faits sur des observations où il y avait eu autopsie ou laparotomie, que la rupture de la trompe gravide est la cause la plus fréquente des hématocèles pelviennes intra-péritonéales.

II. — Il est beaucoup plus fréquent qu'on n'avait cru jusqu'ici de rencontrer des épanchements abondants menaçant rapidement la vie de la malade, soit d'emblée, soit à la suite de paroxysmes successifs.

III. — L'anatomie pathologique montre que dans un grand nombre de cas, le siège de la tumeur est intra-abdominal et qu'il y a peu ou pas d'enkystement.

IV. — L'abondance de l'épanchement est due à l'absence de coagulation du sang, tant que le péritoine reste normal, et à l'absence de pression dans l'abdomen.

V. — Mais si l'écoulement se fait lentement, et surtout, s'il existe des adhérences anciennes, le sang peut s'enkyster.

VI. — La résorption du sang se fait moins aisément qu'on n'aurait pu le supposer d'après des expériences faites sur les animaux.

VII. — Même dans les cas où l'hématocèle s'enkyste, il peut survenir de grands dangers, à cause de la suppuration du kyste hématique à laquelle prédisposerait, suivant L. Tait, la présence des débris fœtaux.

VIII. — L'intervention chirurgicale est absolument nécessaire, quand on voit l'état de la malade empirer de plus en plus.

IX. — L'opération variera suivant les circonstances que nous avons indiquées plus haut.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

**Audry**. — *Arch. de tocologie*, août 1890. p. 542.
**Aveling (James)**. — *Brit. med. J.*, 10 mars 1888.
**Bantock (Granville)**. — *Soc. gyn. anglaise*, du 10 octobre 1888. *Brit. med. J.*, 27 octobre 1888.
**Barnes**. — *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduction A. Cordes, 1876, p. 354.
**Barth**. — *Gaz. méd. de Paris*, 14 juin 1890, p. 281, 283 et 292-295.
**Bazy**. — Bull. et mémoires de la Société de chirurgie. Séance du 14 janvier 1891, t. XVII, nos 1-2, p. 67.
**Bergstrand**. — *Eira*, 1890, p. 304.
**Berlin (Fanny)**. — *Am. J. Obst.* N. Y. 1889, XXII, p. 495-500.
**Bernardy**. — *Philad. Obst. Soc.*, octobre 1889.
**Bonafini**. — *Rivista Veneta di Sc. med.*, février 1886.
**Bouilly**. — *Bull. Société de chirurgie*, XVI, 1890, p. 500.
**Braun**. — *Sitzungsb. d. geburtsh. gynäk. gesellsch. in Wien* 1889, p. 108-110.
**Briggs**. — *Liverpool M. chir. J.*, 1890, X, 504, 508.
**Brodier (H.)**. — *Bulletin Société anat. de Paris*, mars et mars-avril 1890, fascicules 6 et 7, p. 176-179.
**Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris**. — Séance du 8 avril, no 5, juin 1891. (Reynier, Pozzi, Routier, Schwartz.)
**Byford (Henry)**. — *Americ. J. of obst.*, novembre 1886.
**Byrne**. — *Transact Roy. Acad. M. Ireland*,. Dublin, 1888, 284-294.
**Campe (Von)**. — *Verhandl. der Berl. ges. für gebur. und. gynäk.*, 1883.
**Carsten**. — *Berliner Klinik Sammlung Klinischer Vorträge*. Hft XXXV. Berlin.
**Clinten**. — *Centr. für gyn.*, année 1889, p. 16.
**Cornil et Terrillon**. — *Arch. de phys.*, 1887, p. 538.
**Cornil (V.)**. — *Anat. path. des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus*. Paris, 1889.
**Coulom**. — *Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx*. Th. de Bord., mai 1890.
**Croom**. — *The medical Press circular*. London, 1891. N. S., p. 189.
**Cullingworth**. — *Transaction obst. Lond. Soc.*, 1890-1891, XXX, p. 273.
**Cullingworth (J.)**. — *Transact. of the obstet. Society of London*. XXXI vol., année 1889, p. 257.
**Cushing (E. W.)**. — *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1889, p. 114-117.
**Dagot**. — *Nature de quelques hémato-salpinx*. Th. de Paris, 1890-91.

**Delbet** (**Pierre**). — *Des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, 1891.
**Demange.** — *Rev. médicale de l'Est*. 1889, XXI, p. 16-20.
**Desguin.** — *Société Belge d'obst. et de gynéc*. Séance du 19 janvier 1890.
**Doléris.** — *Bull. mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1890, p. 26-31.
— *Soc. obst. et gyn. de Paris*, séance du 12 juin 1890.
— *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 25 juillet 1891, p. 342-347.
**Donell** (**Mac**). — *Montréal M. J.*, 1889-90, XVIII, p. 226.
**Doran.** (**Alban**). — *Brit. med. J.*, 10 octobre 1891, p. 789-792.
**Duchamp.** — *Lyon médical*, n° 35, 28 août 1887, p. 590.
**Dudley.** — *New-York obst. Soc.*, mai 1890. *Amer. Journ. of. obst.*, juillet 1890.
**Duguet.** — *Ann. de gynécologie*, année 1874, 2e semestre, p. 270.
**Dunbar Hooper.** — *Brit. med. J.*, 7 mars 1891.
**Dumontpallier.** — *Ann. de gynécol.*, janvier 1878, p. 1-15.
**Duncan** (**Matt**). — *Edinburgh medic. J.*, 1881, cité par Barnes, p. 519.
**Edis** — Soc. gyn. anglaise. Séance du 13 février 1889; *Brit. med. J.* 16 mars, 1889
**Fauvel.** — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, XXXe année, 1855, p. 395.
**Flothmann.** — *Centr. für gyn.*, année 1889, p. 730.
**Frommel.** — *Deutsche med. Woch.* n° 23, 1890, p. 494.
**Formad** (de Philadelphie). — *Am. gyn. Association*, septembre 1889.
**Gallard.** — *Bulletin de la Soc. anat.* avril 1858, p. 157.
**Gardner** (**W.**) — Société médico-chirurgicale de Montréal. Séance du 17 février 1888. *Med. News*, 17 mars 1888.
**Gilchrist.** (**A.**) — *Traitement de la grossesse extra-utérine*. Th. de Paris, 1890-91.
**Goelet.** — *Med. Record*, 1890, mar. 8 p. 278, *Centr. f. gyn.*, 1890, p. 937.
**Gordon** (**S. C.**) — *New-York med. J.*, 14 février 1888.
— *N. Y. med. Journal*, p. 118, 4 février 1888.
**Grein** (**E.**). — *Zwei Falle von Hæmatocele retrouterina*. Tübingen, 1889.
**Guèmes** (**L.**). — *De l'hémato-salpingite*. Th. de Paris, avril 1888.
**Gusserow** (**A.**). — *Arch. für gynäkol.* Band XXXIX. Hft. 3, 1887.
**Hamilton,** — *N. Y. med. J.*, février 1890.
— *N. Y. med. journal*, 8 février 1890, p. 143.
**Hanks.** — *N. Y. obst., Soc.*, octobre 1889, et *Am. J. of. obst.*, janvier 1890.
— *Americ. Journ. of. obst.*, juillet 1890.
**Hellmuth.** — *Centr. für gynäk.*, année 1888, p. 214.
**Hennig** (**G.**). — *Die Krankheiten der Eileiter*. Stuttgart, 1876.
— *Gesellschaft für geburtshülfe zu Leipzig*, février 1888, et *Cent. f. gyn.*, 1888, p. 428.
**Hermann** (**Ern.**). *Brit. med. J.*, 7 mars 1888, et 2 juin 1888.
— *Brit. med. J.*, septembre 1890, p. 723.
**Hollstein.** — *Deutsch. med. Wochens.*, année 1888, n° 39, p. 795.
**Imlach** (**F.**). — *British. med. Journ.*, 1896, p. 340.
**Jeannel.** — *Revue médicale de Toulouse*, 1er mars 1887.
**Kaltenbach.** — Zur pathogenese der Tubenruptur bei graviditas extra-uterina. *Zeitschrift für geburtshülfe und gynäkol.*, XVI, Band II, Heft, 1889, p. 368-373.
**Keller.** — *Zeitsch. für geb. und gyn.*, XIX, I.
**Kirmisson.** — *Société de gynécol.*, 10 mai 1888.

**Klein.** — *Zeitschr. für geb. und gyn.*, XX, 2.
**Lataste.** — *Compte rend. Soc. de biol.*, Paris, 1889, 9. I. i., 113-116.
**Le Dentu.** — *Gaz. méd. de Paris*, n° 10, 7 mars 1891, p. 109.
**Lean (Mc).** — *Brit. med. Journal*, 17 mai, 1890.
**Leroux (Charles).** — *Arch. de tocologie*, 1877, p. 496, et *Soc. anat. de Par* 6 avril 1877.
**Lusk (W. J.).** — *Nouv. arch. obst. et gynéc.*, année 1888, p. 503.
**Martin.** — *Central. f. gyn.*, 1889, n° 40.
**Martin (Aug.).** — *Traité clinique des maladies des femmes.* Paris, 1889, p. 530.
**Martin Durr.** — *Bulletins Société anat. de Paris.* Juin, juillet 1891, fasc. n° 15, p. 379.
**Matlakowski.** — *Arch. für gynäk.* Bd XXXVIII, Hft 3.
**Maygrier.** — *Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
**Meyer (L.).** — *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XV, I.
**Meinert.** — *Centr. f. gynäk.*, 1888, p. 861-865.
— *Centr. für gynäk.*, 1888, p. 861-865.
**Melon.** — *Trait. de l'hématocèle péri-utérine par l'incision vaginale.* Th. de Bordeaux, 1888.
**Mendes de Léon.** — *Soc. gynéc. hollandaise d'Amsterdam*, 16 fév. 1889.
**Morigny (F.).** — *Hématocèle rétro utérine.* (pathogénie et traitement). Th. de Paris, 1890-91.
**Morison (A. E.).** — *Edinb. Med. Journ.*, septembre 1888.
**Mott (F. W.).** — *Transact. Path. Soc. London*, XII, p. 97, 1888-89.
**Murtry (Mac).** — *Americ Journ. of obstetric.*, octobre 1889.
— *Am. Journ. of obst.* Janvier 1890.
**Naught (Mc).** — *Brit. med. Journal*, janvier 1888, p. 129.
**Nitot.** — *Rev. obst. de gynec.*, Paris, 1891, VII, 251-261.
**Olshausen.** — *Berlin. klinische Wochenschrift*, 24 février 1890, n° 8, p. 181.
— *Société de médecine de Berlin.* Séance du 5 février 1890, et *Sem. méd.*, 12 février 1890.
**Orthmann.** — *Zeitschr. für geb. und gyn.*, XX, 1.
— *Soc. de gynec. et d'obst. de Berlin.* Séance du 27 février 1890.
**Oui.** — *Arch. de tocologie*, 6 juin 1891, p. 433.
**Ozenne.** — *Arch. de méd.* Paris, 1890, p. 594-692.
**Parsons.** — *Brit. med. J.*, 3 octobre 1891.
**Péan.** — *Leçons clin. chirurg.* Paris, 1888, p. 898-901.
**Pinard.** — *Ann. de gynéc.*, avril, 1889, p. 241-261.
**Polaillon.** — *Bullet. Acad. de méd.*, 19 avril 1890, p. 442-444.
**Pozzi.** — *Gaz. méd. de Paris*, 1887, p. 329.
— *Annales de gynécologie*, janvier 1890.
— *Traité de gynécologie*, Paris, 1890.
— *Semaine méd.*, 16 juillet 1890, p. 245.
**Prengrueber.** — *Semaine médicale*, 1886, 9 janvier, p. 1-3.
**Reed.** — *Med. Record*, 1887, 20 août, p. 205, et *Cent. f gyn.*, p. 198, année 1888. Intraperitoneale hämatocele als folge des geplatzen Eisackes einer Tubenschwangerschaft.

**Reed.** — *Am. J. obst. N. Y.*, 1891, XXIV, 172, 185.
**Regnault** et **Jayle.** — *Bull. Soc. anat. de Paris*, octobre-novembre 1890, fasc. nº 18, p. 458.
**Regnauld** (**Eug.**). — *Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine.* Th. de Paris, 1891.
**Reine.** — *Soc. obst. et gyn de Kieff*, 1890, p 59, 87.
**Rosenvasser.** — *Cleveland M. Gaz.*, 1888-1889, nºs 345-351
**Routier.** **A**). — *Ann. de gyn. et d'obst.*, 7 janvier 1890, p. 8-17.
**Rox.** — *Berlin. klin. Woch.*, 10 juin 1887, p. 527.
**Ruge.** — *Soc. obst. et gyn. de Berlin.* Séance du 10 mai 1889.
**Sänger.** — *Centr. für. gyn.*, 1890, p. 558. Gänseigrosse hæmatocele intra-peritonealis.
**Scarff** (**J. H.**). — *Transaction american Association obstetr. and gynec.* Philadelphie, 1888, 165-167.
**Scheurlen.** — *Charité Ann. Berl.*, 1889, XIV, 178-187.
**Schoolfield.** — *Cincin. Lancet. Clinic.*, 1890, n. s., XXV, 101.
**Schourinoff.** — *Med. Obozrenje*, 1889, nº 6.
— *J Akush. i. jensk. bolicz*, Sᵗ-Pétersb., 1889, III, 605-628.
**Siegenbech** (**van**). — *Heukelam Nederlandsh Fydch. V. Genees-Künde*, 1885, nº 35.
**Smolsky.** — *N. archiv. d'obst. et de gyn.* Paris, 1890, 647-651.
— *J. d'obst. et de gyn.*, 1890, p. 225.
**Sinclair.** — *Brit. med. Journal.*, janvier, 1888, p. 127.
**Stevenson.** — *Edinb. med. Journ.*, mars 1888.
**Strauch** — *St Petersburger med. Wochenschrift*, 1890, nº 52.
**Stoker.** — *Brit. med. J.* London, 1889, p. 715.
**Thornby Stoker.** — Acad. royale de médecine Irlandaise. Section d'obst., 8 mars 1889. *B. med. J.*, avril 1889.
**Stoker.** — *Lancet*, London, 1889, I 1036.
— *Brit. medic. J.* London, 1889, p. 715.
**Surer.** — *Hématocèle intrapéritonéale spontanée chez la femme.* Thèse de Paris. 1889-90.
(**Sutton**) **Bland.** — *Roy. med. and. chirur. Soc.*, 2 nov. 1889.
— *Medico-chir. Transact.*, LXXIII., 1890, p. 55.
**Szuman.** — *Nowiny lekarskie*, septembre et décembre 1890.
**Tait** (**Lawson**). — *Maladies des ovaires*, 1883.
— *Brit. med. J.*, p. 778, avril 1885.
— *Lancet*, 30 octobre 1886.
— *Brit. gynec. J.* London, 1888-89, p. 306-309.
— *Brit. med. J.*, p. 1001, mai 1888.
— *Lancet*, 23 novembre 1889.
— *Edinb. med. Journ.*, juillet 1889, p. 103.
— *Centr. f. gyn.*, 1889, p. 362.
— *Brit. med. Journ. Lond.*, 1889, I, p. 78.
— *Brit. med. J.*, 4 janvier 1890.
— *Wood's mas. monog.* 8. N. Y. 1890, p. 461-585.
— *Lancet*, 1889, novembre 23, et *Cent. für. gynäk.*, 9 mai 1861, p. 375.
— *Traité clinique des maladies des femmes.* (*Trad. Alb. Betrix*). Paris, 1891.

**Talent.** — *Centr. f. gyn.*, année 1889, p. 167.
**Terrillon.** — *Salpingites et ovarites.* Paris, 1891.
**Theilhalber.** — *Münchener Medicinische Wochenschrift*, 1891, XXXVIII, 492.
**Trélat.** — *Bullet. Société de chirurgie de Paris*, année 1886, p. 318.
**Tuffier** et **Rodiguez.** — *Bull. de la Société d'anat.* octobre-novembre 1891. fasc. n° 20, p. 589.
**Tuttle.** — *Am. J. of. obst.*, janvier 1890.
— *New-Y. obst. Soc.*, avril 1889.
**Vapiet (H.).** — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, année 1888, 5e série, t. II, p. 911.
**Veit (J.).** — *Deutsche Zeitsch. f. pract. med.*, 1877, n° 34.
— *Soc. obs. et gyn. de Berlin*, 24 février 1888.
— *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 10 mai 1889.
— *Berliner Klinische Wochenschrift*, 3 mars 1890.
— *Centr. für. gynäc. et Xe congrès intern.* de Berlin, août 1890.
— *Ztsch. f. geburtsh. u. gynäk.* Stutg., 1891, XXI, 447.
— *Sammlung. Klin. Vorträge* N. F., n° 15, et *Cent. für gyn.*, mai 1891, n° 19, p. 376.
**Waquez.** — *Bull. de la Société d'anat. de Paris*, 5e s., nov. 1888,
**Walter.** — Thèse inaugurale de Giessen, 1890.
**Wathen (W.).** — *N. Y med. J.*, mars 1890.
**Wathen (H.).** — *Americ Journ. of. obstetr.*, août 1889.
**Westermark.** — *Nordisk medicinsk. Archiv.* Stokolm, t. XIX, n° 27.
**Wiborgh (Aug.).** — *Hygiea*, n° 8, année 1888.
**Wyder.** — *Cent. Blatt. f. Schweizer Aerztr*, n° 1, p. 17, janv. 1890.
**Wylie (Gil).** — *N. Y. obst. Soc.*, avril 1889.
**Wylie (W. G.).** — *Am. J. Obst. N. Y.*, 1889. XXII. 1285, 1292.
**Zmgrodzki.** — *Ann. d'hyg.*, Paris, 1891, XXVI 152-159.
**Zucker (J.).** — *Centr. für gynäc.*, 14 avril 1888.
Pour autres indications, voir le *Dict. encycl. des Sciences médicales*, art. Hématocèle d'ANT. PONCET (de Lyon, année 1886).

# TABLE DES MATIÈRES



IMPRIMERIE LEMALE ET C$^{ie}$, HAVRE